

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

**Influência do Qigong nos Enfermeiros em Burnout do
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
(Estudo Preliminar)**

António Manuel Machado Seiça

Dissertação de Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa

2013

António Manuel Machado Seiça

**Influência do Qigong nos Enfermeiros em Burnout do Centro
Hospitalar e Universitário de Coimbra
(Estudo Preliminar)**

Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre
em Medicina Tradicional Chinesa submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da
Universidade do Porto.

Orientador – Doutor Henry J. Greten
Categoria – Professor Associado
Afiliação – Instituto Ciências Biomédicas Abel
Salazar, Universidade do Porto

Co-Orientador – Doutor Jorge Machado
Categoria – Professor Associado
Afiliação - Instituto Ciências Biomédicas Abel
Salazar, Universidade do Porto

Co-Orientador – Mestre Nuno Correia
Categoria – Especialista de Medicina Interna
Afiliação – Centro Hospitalar de S. João do Porto

Dedico este trabalho à minha esposa Ana Seça,
às minhas filhas Ana Filipa e Patrícia Seça,
verdadeiros pilares de amor e estabilidade.

Agradecimentos

O meu agradecimento especial a todos que contribuíram para a realização deste estudo sendo imperativo a sua referência:

Ao meu orientador, o Sr. Professor Doutor Johannes Greten, pelo todo apoio prestado;

Igualmente aos Senhores Professores Doutores Jorge Machado e Nuno Correia pela disponibilidade, motivação e orientação para na elaboração de temática;

Ao Sr. Professor Frank Brakwievitz pelos conhecimentos, incentivo e apoio para a concretização deste estudo;

À Petra por todo auxílio proporcionado na realização de diligências e comunicações necessárias.

À Maria João, Mestre em Medicina Tradicional Chinesa por todo apoio e disponibilidade demonstrado ao longo do curso;

Ao Sr. Professor José Manuel Duarte Marques pelo apoio técnico no tratamento dos dados estatísticos;

Aos Enfermeiros do CHUC que participaram no estudo pelo seu empenho e boa vontade;

À minha família pela força que me transmitiram;

A todos aqueles que de alguma forma motivaram e incentivaram os seus pares a colaborar no estudo permitindo a sua realização.

RESUMO

O aparecimento do Burnout está relacionado com a exposição continuada a eventos de origem laboral e são vários os estudos (Carlotto e Câmara, 2004; Maslach e Jackson, 1981; Queirós, 2005) que demonstram que os profissionais que mantêm uma relação continuada e direta como a profissão de enfermagem, apresentam com mais frequência síndrome do burnout. O Qigong como parte integrante da Medicina Tradicional Chinesa, é uma terapia que integra exercícios posturais, movimentos de respiração e meditação que visa a auto regulação dos sistemas biológicos corporais (Greten, 2007).

OBJECTIVO PRINCIPAL: Avaliar a influência do Qigong nos enfermeiros em Burnout dos CHUC.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS: Avaliar a prevalência do burnout nos enfermeiros através da aplicação da escala específica (Maslach Burnout Inventory – MBI) antes (inicial e pós férias), no final da terapia e quatro semanas após as sessões de Qigong (White Ball), respetivamente; Avaliar se a prática do Qigong diminui os scores relativos às dimensões de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal; Avaliar a prevalência dos níveis do burnout nos enfermeiros em grupo de controlo; Servir de estudo preliminar sobre as intervenções resultantes da prática do Qigong, segundo o Modelo de Heidelberg.

METODOLOGIA: Estudo prospetivo, randomizado, interventivo com grupo experimental e outro de controlo através de preenchimento da escala MBI que foi avaliada em diferentes momentos:

1. Recrutamento dos profissionais de enfermagem, consentimento informado e aplicação de questionário demográfico e escala de MBI (0);
2. Cinco meses de período de espera do consentimento informado da Comissão de Ética do ICBAS;
3. Aplicação da escala MBI (1) após o período de férias de verão;
4. Definição do grupo experimental e grupo de controlo emparelhados por características semelhantes que foram comprovadas estatisticamente;
5. Intervenção: prática de Qigong: sessão de esclarecimento e sessão de Qigong durante 20 minutos na primeira semana e 5 minutos nas restantes três (oito sessões no total). Realização de auto-Qigong, duas vezes por dia, durante cinco minutos no período de quatro semanas;

-
6. Aplicação da escala MBI (2) ao grupo experimental, quatro semanas após o término das sessões de Qigong;
 7. Aplicação da escala MBI (2) ao grupo de controlo, quatro semanas após a fase inicial;
 8. Quatro semanas de auto Qigong;
 9. Aplicação da escala MBI (3) ao grupo experimental, quatro semanas após o final da terapia.

O estudo desenvolveu-se nos meses de setembro a novembro de 2013.

RESULTADOS: Dos 500 questionários entregues a enfermeiros de 21 Serviços dos CHUC, recebemos 191. Apresentam idades compreendidas entre 26 e 58 anos, sendo a idade média 37.45 anos, em que 75.4% (n=144) são maioritariamente do sexo feminino; 31.4% (n=60) evidenciaram níveis de exaustão emocional moderado e 37.2% (n=71) níveis altos de exaustão emocional; Quanto à despersonalização, constatou-se que a maioria dos inquiridos, exatamente 66.5% evidenciou baixo nível e que, apenas, 13.1% apresentaram nível elevado; 37.7% dos enfermeiros apresentaram resultados que nos levaram a classificá-los como tendo baixo nível de realização pessoal, seguindo-se 30.4% que evidenciaram alto nível de realização pessoal.

Para a fase experimental a amostra final é de 44 enfermeiros distribuídos por um grupo experimental (submetidos a sessões de Qigong (White Ball) de 5 minutos cada) e um de controlo, emparelhados por características semelhantes que foram comprovadas estatisticamente. Dos inquiridos, 100% (n=44) evidenciaram altos níveis de exaustão emocional; Em termos de despersonalização, verifica-se que no grupo experimental são mais representativos os enfermeiros com níveis, baixo e moderado (ambos com a percentagem de 36.4%); No grupo de controlo, predominam os enfermeiros com nível baixo. Quanto à realização pessoal, verificamos que no grupo experimental eram mais frequentes os enfermeiros com níveis baixo (36.4%), enquanto que, no grupo de controlo predominam os enfermeiros com nível alto (50.0%).

Constatamos que, antes da aplicação da terapia, 68.2% dos elementos do grupo experimental apresentavam nível alto de burnout. Após a aplicação das sessões de Qigong a maioria dos indivíduos, concretamente 65.0%, revelaram nível moderado de burnout.

CONCLUSÕES: Em termos globais, verificou-se que 45.5% dos enfermeiros revelaram níveis do burnout moderados e com nível alto do burnout foram classificados 20.4% dos enfermeiros inquiridos. Estes resultados estão em concordância com os vários estudos enunciados por Queirós (2005), Pacheco (2007), Pinto (2008).

No global, verificamos que os elementos que constituíam o grupo experimental na avaliação do burnout, quatro semanas após o término das sessões de Qigong apresentaram níveis de burnout inferiores aos evidenciados pelos indivíduos do grupo de controlo, sendo as diferenças estatisticamente significativas pelo que se conclui que a terapia de Qigong contribui significativamente para a diminuição dos níveis de burnout, principalmente porque conduz a uma redução muito acentuada na exaustão emocional.

Os resultados demonstram também que o efeito da terapia de Qigong sobre os níveis de burnout dos elementos do grupo experimental tendem a perdurar ao longo do tempo, ou seja, verificamos que os resultados da exaustão emocional e da despersonalização tenderam a diminuir mas a diferença não é estatisticamente significativa em termos de exaustão emocional mas é-o ao nível da despersonalização.

Palavras-chave: Burnout e Enfermagem; Burnout e Qigong, Modelo de Heidelberg da Medicina Tradicional Chinesa.

ABSTRACT

The appearing of Burnout is related with a continuous exposure to labour events and there are several studies (Carlloto & Câmara, 2004; Maslach & Jackson, 1981; Queirós, 2005) which demonstrate that those professional, who maintain a continuous and direct relation, the helping relationship, as the nurses, show more often the Burnout Syndrome. The Qigong as an integral part of the Chinese Traditional Medicine is a therapy that integrates postural exercises, breathing movements and meditation aiming a self regulation of the corporal biological systems. (Greten, 2007)

MAIN OBJECTIVE: To evaluate the influence of Qigong in nurses with Burnout in the University Hospital Center in Coimbra.

SECONDARY OBJECTIVES: To evaluate the prevalence of Burnout in nurses through the appliance of the Specific Scale (Maslach Burnout Inventory – MBI, version for investigation developed by C. Manita, 2003) before and after The Qigong sessions (white ball); To evaluate if the practice of Qigong decrease the scores related to the dimension of emotional exhaustion, depersonalization and personal achieve. To evaluate the prevalence of burnout levels of nurses in the control group.

To serve as preliminary study about the resultant intervention of the Qigong practice according to the Heidelberg's Model.

Methodology - Study Prospective, randomized, interventional with control group. Assessments consist of a demographic questionnaire and the Maslach Burnout Inventory – MBI, will be evaluated at different time points:

1. Recruitment, demographic questionnaire, informed consent; Assessment 0 (Maslach Burnout Inventory);
 2. Five months of waiting time;
 3. Assessment (1) (Maslach Burnout Inventory) after the summer break (holidays);
 4. Defining matched pairs and allocation to the intervention group and control group at random by an independent centre;
 5. Intervention: Treatments of Qigong: Introductory and Qigong lesson twenty minutes in the first week, and five minutes in the other three (eight sessions in total). Realization of self-Qigong twice day for five minutes during four weeks;
 6. Assessment (2) the experimental group, four weeks after the terminus of Qigong sessions;
 7. Assessment (2) the control group, four weeks after the initial phase;
 8. Four weeks exercise ad libitum;
-

9. Assessment (3)

The study is developed in the months from September till November of 2013.

RESULTS: It was delivered 500 questionnaires to nurses of 21 services in the CHUC, and we received 191 questionnaires. They present ages between 26 and 58, being the middle age 37.45 years in which 75.4% (n= 144) are mostly from the female genre; 31,4%(n=60) showed moderate emotional exhaustion and 37,2% (n=71) showed high emotional exhaustion. As for depersonalization, it was found that the majority of respondents, 66.5% had showed a low level and only 13.1% had high level; the results of 37.7% nurses lead us to classify them as having a low level of personal accomplishment followed by 30.4% who indicated a high level of personal achievement.

For the experimental phase, the final sample is constituted by 44 individuals distributed into an experimental group (submitted to sessions of Qigong (White Ball), five minutes each), and a control group, matched for characteristics that are similar and statistically proved. Among the respondents, 100% (n = 44) showed high levels of emotional exhaustion, in terms of depersonalization, it was found that the experimental group, nurses, are more representative with low and moderate levels (both the rate of 36.4%). In the control group, the nurses predominated with low levels. As for personal achievement, we found that the nurses of the experimental group had more frequently low levels (36.4%), whereas the nurses of the control group had a high level (50.0%) predominate.

We realized that before the application of the therapy, 68.2% of the elements of the experimental group had a high level of burnout. After the application of Qigong sessions most individuals, specifically 65.0%, showed moderate level of burnout.

CONCLUSIONS: Overall, it was found that 45.5% of nurses revealed moderate levels of burnout and 20.4% of the nurses respondents were classified with high level of burnout. These results, found in the first phase of the study, are in agreement with the many studies written by Queirós (2005), Pacheco (2007) and Pinto (2008). However, the experimental study is still developing so more results it will be added after its terminus.

Overall, we find that the elements that constituted the experimental group in the last assessment of burnout, four weeks after the terminus of Qigong sessions, showed levels lower than those shown by individuals in the control group, with significant statistically differences witch concluded that Qigong therapy significantly contributes to the decreased levels of burnout, mainly because it leads to a sharp reduction in emotional exhaustion.

The results also show that the effect of the Qigong therapy on burnout levels in the elements of the experimental group tend to persist over time, we find that the results of depersonalization, emotional exhaustion has tended to decline but the difference is not statistically significant in terms of emotional exhaustion but it is at the level of depersonalization.

Key-words: Burnout and nursing; Burnout and Qigong, Heidelberg's Model of Chinese Traditional Medicine

LISTA DE ABREVIATURAS

ACTH – Hormona AdernoCorticotrofico

CHC - Centro Hospitalar de Coimbra

CHPC - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

E.U.A. – Estados Unidos da América

HSS (Human Services Survey)

HUC – Hospital Universitário de Coimbra

IMC – Índice de Massa Corporal

MBI - Maslach Burnout Inventory

OMS – Organização Mundial de saúde

PTTCM – Psicoterapia da Medicina Tradicional Chinesa

SB - Síndrome do burnout

VO₂MAX - Volume de Oxigénio Máximo

Índice	p.
RESUMO -----	5
ABSTRACTO -----	8
ÍNDICE DE QUADROS -----	14
ÍNDICE DE GRÁFICOS -----	15

INTRODUÇÃO -----	16
-------------------------	-----------

PARTE UM – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - SER ENFERMEIRO -----	20
2 – BURNOUT -----	23
2.1 – DEFINIÇÃO DO BURNOUT -----	23
2.2 – FATORES INDUTORES DO BURNOUT -----	25
2.3 - SINAIS E SINTOMAS DO BURNOUT -----	27
2.4 – INTERVENÇÃO EM BURNOUT -----	31
2.5 - MODELO TEÓRICO DE MASLACH E JACKSON -----	32
2.6 - BURNOUT SEGUNDO O MODELO DE HEIDELBERG -----	34
3 - MEDICINA TRADICIONAL CHINESA -----	38
3.1 – QIGONG -----	40

PARTE DOIS – METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDO -----	49
2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO -----	50
3. OBJETIVOS -----	50
4. POPULAÇÃO E AMOSTRA -----	51
4.1 - POPULAÇÃO ALVO -----	51
4.2 - AMOSTRA -----	51

4.3 - CRITÉRIOS DE ELETIVIDADE	51
5. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	52
6. CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA MBI	52
7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	53
8. VARIÁVEIS EM ESTUDO	53
9. TRATAMENTO ESTATÍSTICO	54
10 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO	55

PARTE TRÊS – RESULTADOS OBTIDOS

1 - ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	57
1.1– AMOSTRA TOTAL	57
1.2 – GRUPO EXPERIMENTAL / GRUPO DE CONTROLO	64
2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	80
3 – CONCLUSÃO	84
BIBLIOGRAFIA	86
ANEXOS	92

Anexo 1 - Pedido de autorização à comissão de Ética do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Anexo 2 - Pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Anexo 3 - Declaração de Consentimento Informado

Anexo 4 - Instrumento de Colheita de Dados

Anexo 5 - Sequência de Qigong para White Ball

Anexo 6 - Glossário de termos de Medicina Tradicional Chinesa segundo o Modelo de Heidelberg

Índice de Quadros

p.

Quadro 1 - Score para cada sub-escala do Instrumento MBI -----	34
Quadro 2 – Coeficiente alfa de Cronbach observado para as dimensões da escala MBI-----	53
Quadro 3 – Caracterização sociodemográfica da amostra -----	58
Quadro 3.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra (continuação) -----	59
Quadro 4 – Caracterização profissional da amostra -----	60
Quadro 4.1 - Caracterização profissional da amostra (continuação) -----	61
Quadro 4.2 - Caracterização profissional da amostra (continuação) -----	62
Quadro 5 – Resultados da aplicação da escala MBI -----	63
Quadro 6 - Caracterização sociodemográfica da amostra -----	65
Quadro 6.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra (continuação) -----	66
Quadro 7 – Caracterização Profissional da amostra -----	67
Quadro 7.1 - Caracterização profissional da amostra (continuação) -----	68
Quadro 7.2 - Caracterização profissional da amostra (continuação) -----	69
Quadro 8 - Resultados da aplicação da escala MBI -----	70
Quadro 9 – Comparação dos resultados da escala MBI, antes e após as férias, para o grupo experimental -----	71
Quadro 10 – Comparação dos resultados da escala MBI, inicial e final, para o grupo experimental-----	73
Quadro 11 – Comparação dos resultados da escala MBI, inicial e final, para o grupo de controlo -----	74
Quadro 12 - Resultados da aplicação da escala MBI, no final do estudo -----	75
Quadro 13 - Comparação dos resultados da escala MBI, antes e após quatro semanas de terminar a terapia, para o grupo experimental -----	77
Quadro 14 - Comparação dos resultados da escala MBI, no final e após quatro semanas de terminar a terapia, para o grupo experimental -----	78

ÍNDICE DE GRÁFICOS

p.

Grafico.1 – Níveis de Burnout no início e após as férias do grupo experimental -----	72
Gráfico. 2 - Níveis de Burnout no início e final da terapia do grupo experimental -----	73
Gráfico. 3 - Níveis de Burnout no início e no final do grupo controlo -----	74
Gráfico. 4 - Níveis de Burnout do grupo experimental e do grupo de controlo no final do estudo -----	76
Gráfico. 5 - Valores médios do grupo experimental no início e quatro semanas após terminar a terapia -----	77
Gráfico. 6 - Valores médios do grupo experimental no final e quatro semanas após terminar a terapia -----	78

INTRODUÇÃO

Antes de iniciar a análise deste trabalho importa compreender porque surgiu a necessidade de abordar esta temática Burnout, Enfermagem, Enfermeiros em Burnout e como a Medicina Tradicional Chinesa na sua vertente da prática de Qigong pode ser uma estratégia de combate ao Síndrome do burnout.

Como enfermeiro a exercer funções no Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) deparo-me diariamente com situações de stress no ambiente de trabalho, sendo alguns fatores contribuintes caracterizados por: número reduzido de profissionais de enfermagem em proporção à procura, excesso em quantidade e variedade de atividades a serem conciliadas e executadas, dificuldade em delimitar os diferentes papéis entre as várias categorias de enfermagem e ainda a interação conceituada de stress com esgotamento pessoal.

Importa também referenciar que a enfermagem na “maior parte do tempo de trabalho está relacionada ao contato direto com colegas de trabalho, pacientes e seus familiares”. Há, geralmente, nessa relação interpessoal, o envolvimento nos sentimentos de tensão, ansiedade, medo e até mesmo de hostilidade encoberta”. A esses fatores acrescenta-se, ainda a redução dos salários, aumento da carga horária mensal e os problemas de ordem familiar, que elevam a corrosão emocional, ferindo, portanto, o conceito de qualidade de vida pessoal e profissional. (Lopes, Ribeiro e Martinho, 2012:98)

E assim, estamos perante uma população em direção ao Burnout sendo esta uma designação como Queirós (2005:27) refere “pode ser traduzida por falha (desgaste por fora) queimado por fora, exaustão por gastos excessivos de energia, força, recursos ou como estoíro”.

Sabendo que uma das estratégias para combater este flagelo é a prática de Qigong, uma das áreas integrantes da Medicina Tradicional Chinesa, associada à manutenção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e estando a frequentar o Mestrado em Medicina tradicional Chinesa no ICBAS-UP, no qual me sinto um privilegiado pelos conhecimentos adquiridos e aprofundados e que me impulsionaram para uma melhor gestão do meu ser enquanto Pessoa, Enfermeiro e Responsável de Família, mobilizando-me para uma responsabilidade acrescida na procura de estratégias que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida do quotidiano dos profissionais da enfermagem, tornando o cuidar uma via de mão dupla na relação profissional cliente/utente e organização de saúde.

E assim, impôs-se a necessidade de elaborar um projeto de estudo intitulado “*Influência do Qigong nos Enfermeiros em Burnout do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*”.

Para dar resposta à questão principal deste trabalho “**Qual a influência do Qigong nos enfermeiros em burnout do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**” elaboramos a realização de um estudo preliminar, estudo prospetivo, randomizado, interventivo com grupo experimental e outro de controlo através da avaliação do burnout utilizando a escala Maslach Burnout Inventory – MBI que foi avaliada em diferentes momentos:

1. Recrutamento dos profissionais de enfermagem, consentimento informado e aplicação de questionário demográfico e escala de MBI (0);
2. Cinco meses de período de espera do consentimento informado da Comissão de Ética do ICBAS;
3. Aplicação da escala MBI (1) após o período de férias de verão;
4. Definição do grupo experimental e grupo de controlo emparelhados por características semelhantes que foram comprovadas estatisticamente;
5. Intervenção: prática de Qigong: sessão de esclarecimento e sessão de Qigong durante 20 minutos na primeira semana e 5 minutos nas restantes três (oito sessões no total). Realização de auto-Qigong, duas vezes por dia, durante cinco minutos no período de quatro semanas;
6. Aplicação da escala MBI (2) ao grupo experimental, quatro semanas após o término das sessões de Qigong;
7. Aplicação da escala MBI (2) ao grupo de controlo, quatro semanas após a fase inicial;
8. Quatro semanas de auto Qigong;
9. Aplicação da escala MBI (3) ao grupo experimental, quatro semanas após o final da terapia.

Para o desenvolvimento do estudo foram cumpridos os procedimentos éticos e legais vigentes nas duas Instituições, ICBAS – UP e CHUC. O estudo desenvolve-se nos meses de setembro a novembro de 2013.

Definimos como **objetivo principal**: avaliar a influência do Qigong nos enfermeiros em Burnout e **objetivos secundários**: avaliar a prevalência do Burnout nos enfermeiros dos

CHUC, através da aplicação da escala específica (Maslach Burnout Inventory – MBI) antes e após as sessões de Qigong (White Ball); avaliar se a prática do Qigong diminui os scores relativos às dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal; servir de estudo preliminar sobre as intervenções resultantes da prática do Qigong, segundo o Modelo de Heidelberg.

Sendo os CHUC uma Organização de Saúde que agrega cinco Entidades Hospitalares (HUC, MDM e os CHC que integra três Unidades hospitalares: Hospital Geral, Hospital Pediátrico e Maternidade de Bissaya Barreto) e comporta 2698 enfermeiros, o estudo fornecerá dados preliminares da prevalência do burnout nos enfermeiros e a influência terapêutica do Qigong sobre os níveis do burnout encontrados.

Estruturalmente a apresentação deste trabalho está dividida em três partes. A primeira parte é constituída por temáticas essencialmente teóricas, encaradas como suporte científico do estudo que realizamos e que abordam a profissão de enfermagem, síndrome do Burnout e Medicina tradicional Chinesa - Qigong. Na segunda parte apresentamos a metodologia utilizada, na qual descrevemos o tipo de pesquisa desenvolvida. Na terceira parte procedemos à apresentação e análise dos resultados obtidos após o tratamento estatístico, discussão destes relacionando-os com a fundamentação teórica, seguindo-se as considerações finais em jeito de reflexão da pesquisa desenvolvida.

Para a realização deste trabalho baseámo-nos em obras científicas e artigos pesquisados em bases de dados como Google, Medline/Pubmed, SciELO e B-On a partir de descritores como: enfermagem, síndrome do burnout, enfermeiros em burnout, MTC e Qigong. Em toda a pesquisa procurou-se fiabilidade das fontes e bases de dados utilizadas.

É nossa pretensão que esta investigação tenha aplicabilidade no desenvolvimento de uma estratégia de intervenção terapêutica nos profissionais em burnout nos CHUC e que represente o início de um longo percurso de forma a otimizar a qualidade de vida dos profissionais de saúde e consequentemente a qualidade dos cuidados de saúde em enfermagem e outros.

PARTE UM – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – SER ENFERMEIRO

Os profissionais de enfermagem prestam os seus cuidados a pessoas de todas as faixas etárias, independentemente, da visibilidade da sua doença, da especificidade da situação clínica, da aparência e personalidade de cada doente enquanto pessoa, com o intuito primordial de aliviar o seu sofrimento e por tal, a enfermagem tem que ser especializada naquilo que faz, utilizando técnicas adequadas e específicas a fim de fornecer bem-estar e conforto à pessoa que sofre.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril) define a Enfermagem como a “profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

A profissão de enfermagem, desde a sua génese, está intimamente ligada ao conceito de “cuidar”, que está relacionada com a ideia de sobrevivência das pessoas. Silva (2000) descreve que na sua etimologia, a palavra enfermagem, surge do termo *nurse*, que significa aquela que nutre, que cuida, que assiste. Em português, o termo enfermeira é designado para pessoas que cuidam dos *infirmus*, ou dos enfermos, de pessoas doentes. Sendo assim, e com estas características, o trabalho de enfermagem foi executado até ao final da Idade Média, por religiosas, viúvas, virgens e nobres, tendo como objetivo fulcral, a caridade.

O exercício da profissão de enfermagem em Portugal remonta a finais do século XIX. Contudo foi na 2ª metade do século XX que as alterações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros, quer ao nível de formação académica, quer profissional têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente.

Não obstante, o objetivo da enfermagem é a promoção, conservação e restabelecimento da saúde, dando ênfase especial às componentes biológica, psicológica, sociológica e cultural, tendo sempre o absoluto respeito pelas necessidades e direitos da pessoa a quem se presta cuidados de saúde. A Enfermagem é a atividade de cuidar e também uma ciência cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma

autónoma ou em equipa atividades de promoção proteção da saúde e prevenção e recuperação de doenças. Este aspeto introduz alguns elementos contraditórios na relação do cuidar entre profissional e doente, pois se por um lado, a prestação de cuidados exige a expressão de afetuosidade, lidando-se com a dor e dependência e intimidade da pessoa doente, por outro lado esse cuidado oferecido é mediado por alguns fatores inter-relacionados e interferentes, como, o salário (fonte de sobrevivência do trabalhador), o fantasma da perda do doente e a obrigação de se mostrar sempre profissional e congruente defronte deste. (Oliveira e Pereira, 2012)

Delbrouck (2006:169-170) também referencia que “inúmeros estudos epidemiológicos europeus e canadianos apresentam resultados convergentes: somando todos os serviços a exaustão profissional atinge cerca de um quarto dos enfermeiros de hospitais gerais. Entre os enfermeiros regista-se a síndrome do burnout com as suas três componentes: esgotamento emocional, o desinvestimento relacional e a diminuição do sentimento de realização pessoal”.

A enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais stressante do setor público, que vem tentando profissionalmente afirmar-se para obter maior reconhecimento social. Alguns componentes são conhecidos como ameaçadores ao meio ambiente ocupacional do enfermeiro, entre os quais o número reduzido de profissionais de enfermagem no atendimento em saúde, em relação ao excesso de atividades que eles executam, as dificuldades em delimitar os diferentes papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e a falta de reconhecimento nítido entre o público em geral de quem é o enfermeiro. Além disso, a situação de achatamento de salários agrava a situação, obrigando os profissionais a ter mais de um vínculo de trabalho, resultando numa carga mensal extremamente longa e desgastante. (Stacciarini e Tróccoli, 2001)

Assim estamos perante uma população em direção ao burnout e cuja designação pode ser traduzida por falha “desgaste por fora”, queimado por fora, exaustão por gastos excessivos de energia força ou recursos ou como estoiro. É referir que devido à evolução técnica e ao conhecimento científico (desde o início do século XX), os enfermeiros passaram a acumular uma multiplicidade de papéis, tais como: o de gestor da unidade de cuidados, o de apoio à pessoa doente/saudável e da parceria com o médico na prestação de cuidados aos doentes que acorrem aos serviços da equipa de saúde. No entanto, neste amplo espectro de funções que o enfermeiro tem que exercer, sempre foi cedido um certo “espaço de poder”, tratando-se entretanto de um poder virtual, dado que havia

sempre alguém para controlar esse poder, mesmo que de uma forma ilusória, por isso os enfermeiros ocupam sempre um papel capital em qualquer instituição de saúde.

O quotidiano hospitalar é gerador de sofrimento psíquico para os enfermeiros e outros profissionais da área da saúde, sendo identificado por alguns autores, como um local onde o trabalho é penoso e insalubre para toda a equipa multidisciplinar envolvida. O fato de se lidar com a dor do outro, com o sofrimento, com a morte e perdas e com a baixa remuneração, propicia ao desenvolvimento de desgaste emocional, físico e mental e consequente, *burnout*. (Chang [et al.], 2005)

Assim torna-se fácil compreender a problemática da profissão de enfermagem, da qual se diz ser uma submissão consentida, que se vê confrontada com situações difíceis e perante as quais não pode deter-se a pensar em relação de poder, de autonomia e de status, devendo antes agir. Entretanto, não faltará enfermeiros que na impotência de agir, vão cedendo e portanto, aglomerando fatores que poderão levar a: desmotivação, insatisfação profissional, absentismo, turnover e até mesmo tendência para abandonar a profissão.

O profissional de saúde tem de lidar com os diferentes sentimentos que os doentes manifestam, relativamente aos respetivos problemas de saúde e aos processos que atravessam. O facto de terem de lidar com estas reações emocionais pode produzir um aumento da solicitação psicológica. O profissional de saúde que não tiver recebido uma formação psicológica adequada poderá não se sentir preparado para dar resposta às necessidades emocionais dos doentes. Os doentes têm muitas vezes dificuldade em comunicar com os profissionais, queixam-se e originam problemas relativos ao tratamento, podendo ser rudes ou desagradáveis; além disso, alguns doentes podem viver processos de depressão e outros distúrbios psicológicos severos. A probabilidade de um profissional de saúde entrar num processo de despersonalização para com o doente depende da severidade e da imponderabilidade destes sintomas. Outras características do doente que podem exacerbar o *stress* emocional dos profissionais. Outras características do doente que podem exacerbar o *stress* emocional dos profissionais de saúde são as situações que o levem a identificar-se com o doente ou que o façam recordar os seus próprios familiares. Também o apoio à família pode significar uma carga emocional adicional para o profissional de saúde.

2 – BURNOUT

Frequentemente a resposta ao stress é demasiado intensa ou duradoura e a pessoa não consegue mecanismos de compensação para se manter num ritmo elevado de ação, originando desta forma o stress crónico (Lopez-Soriano e Bernal, 2002, citado por Pinto, 2008). O Burnout, frequentemente confundido com o stress, é uma resposta a um stress crónico que afeta o desempenho do trabalhador, o relacionamento interpessoal, a produtividade, bem como a qualidade de vida do indivíduo e da organização. Então o stress refere-se a um processo de adaptação temporário, enquanto o Burnout está ligado a uma quebra na adaptação, acompanhado de um mau funcionamento crónico (Pinto, 2008). A melhor diferenciação entre estes dois conceitos, pode ser feita tendo em consideração o fator tempo – o stress profissional prolongado conduz ao Burnout. (Pacheco, 2007)

O conceito do burnout surgiu nos Estados Unidos em meados dos anos 70, para explicar o processo de deterioração nos cuidados e atenção profissional nos trabalhadores de organizações. Estudos realizados indicam que o síndrome do Burnout constitui um dos grandes problemas psicossociais atuais, desperta interesse e preocupação não só por parte da comunidade científica internacional, mas também das entidades governamentais, empresariais e sindicais norte-americanas e europeias, devido à severidade de suas consequências, tanto ao nível individual como organizacional. O sofrimento do indivíduo traz consequências sobre seu o estado de saúde e igualmente sobre o seu desempenho, pois passam a existir alterações e ou disfunções pessoais e organizacionais, com repercussões económicas e sociais. (Loureiro [et al.] 2008)

2.1 – DEFINIÇÃO DO BURNOUT

É uma designação recente de uma condição antiga, metaforizando uma vela que se apaga ou uma bateria descarregada, representa um estado de fadiga física e emocional associada ao desenvolvimento da atividade profissional, traduzindo a mais insidiosa e trágica consequência do stress crónico no trabalho. (Rosa e Carloto, 2005)

Muitas vezes o *burnout* foi confundido com o tédio, o stresse no trabalho, a tensão, o conflito, a pressão, a fadiga emocional, a depressão, a crise, etc. Tem sido dito por Freudenberger (1983) que a depressão reativa é na maioria das vezes acompanhada de culpa, enquanto o *burnout* na generalidade surge no contexto da raiva pelo que, não existe um consenso quanto à definição deste síndrome. Não há dúvida que aparece no

indivíduo como uma resposta ao stress laboral. Oliveira e Pereira (2012:44) referem que “burnout é uma resposta de um stress crónico que afeta o desempenho do trabalhador, o relacionamento interpessoal, a produtividade bem como a qualidade de vida do indivíduo e da Organização”.

Em 1974/75, Herbert Freunderberg observou que muitos dos voluntários com quem trabalhava em unidades de saúde, ostentavam uma perda gradual das emoções, da motivação e do empenhamento acompanhado de sintomas físicos e mentais, notando um específico estado de exaustão. Tratava-se, segundo Freunderberg, de gente idealista, que acabava cansada, desesperada, e que no final careciam de mais ajuda do que aqueles a quem cuidavam. (Queirós, 2005)

O conceito do burnout foi introduzido pela primeira vez na literatura no âmbito da psicologia em 1974, através dos artigos científicos publicados pelo psicanalista norte-americano Herbert Freudenberger que definiu o burnout como, um estado mental de exaustão, que conduz o indivíduo a uma perda gradual das emoções, da motivação e do empenho, acompanhado de sintomatologia física e mental, devido a um grau de exigência excessiva de energia no local de trabalho, principalmente nas profissões envolvidas na relação de ajuda. O termo burnout criado por Freunderberg descrevia uma síndrome em cuja sintomatologia se destacava o esgotamento profissional. Esse termo deriva do verbo inglês to burn out, o qual tem como significado em língua portuguesa “queimar por completo” ou “consumir-se”. (Loureiro [et al.] 2008; Queirós, 2005)

Também Maslach (1978), interessada no estudo do estímulo emocional provocado pelo trabalho, mais especificamente nas estratégias cognitivas desenvolvidas pelos indivíduos (afastamento, desumanização), verificou existir relação entre emoções e comportamento dos indivíduos no trabalho. “Se por um lado se fica a dever a Freunderberg a designação desta nova entidade – Burnout, a Christina Maslach deve-se o impulso que passou pela apresentação do termo na reunião científica da Associação Americana de Psicólogos (APA) em 1977. Nessa reunião, referiu-se ao burnout como uma situação, em que sofriam com maior periodicidade aqueles que, pela sua profissão, mantinham uma relação direta e prolongada com pessoas, e depois de um período de tempo instável terminavam por sofrer um importante desgaste profissional”. (Queirós, 2009:24)

Maslach e Jackson (1986) propuseram que o burnout se apresenta como uma síndrome tridimensional, composto pelos seguintes fatores: exaustão emocional, despersonalização e insatisfação profissional. A exaustão emocional é caracterizada por uma carência de energia e envolve sentimentos de desesperança, depressão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão, diminuição de empatia, bem como aumento da

suscetibilidade para doenças – cefaleia, tensão muscular, dor lombar ou cervical e distúrbios do sono. A despersonalização evidencia-se pelo tratamento de pacientes, colegas e organização como objetos inanimados provocando a sensação de alienação em relação aos outros. A insatisfação profissional, por fim, é um fenómeno comportamental moldado por uma tendência a se auto avaliar de forma negativa, levando o profissional a se sentir infeliz e insatisfeito com o desempenho do seu trabalho.

2.2 – FATORES INDUTORES DO BURNOUT

Conhecer os fatores, potencialmente indutores do burnout, é fundamental para planear intervenções eficazes. Assim, os efeitos das características pessoais e das características do trabalho têm de ser considerados em conjunto dentro do contexto organizacional.

As **características das tarefas** como a variedade das tarefas, a autonomia do indivíduo para as realizar, o nível de conhecimentos e de competências exigido, a responsabilidade inerente à tarefa, os problemas de eficiência, os prazos, as reuniões associado à falta de tempo, designa-se por sobrecarga quantitativa, originando muitas vezes horários alargados e necessidade de levar trabalho para casa. A sobrecarga quantitativa de **trabalho**, a duração do trabalho, a falta de autonomia e controlo no processo de trabalho, a presença de riscos físicos, químicos e biológicos, lidar com o sofrimento, a insuficiência de recursos, a responsabilidade por pessoas, as relações de trabalho e suporte social no local de emprego, a remuneração, a segurança no vínculo de trabalho, as perspetivas de promoção, o quadro familiar, o conflito casa-trabalho, o quadro social e quadro pessoal são considerados fatores de stress nos profissionais de saúde. (Velez, 2003)

O **trabalho por turnos** é uma necessidade social, uma realidade económica e uma novidade competitiva. O trabalho por turnos poderá ter repercussões diretas sobre a vida pessoal e familiar do trabalhador, uma vez que o número de horas semanais de trabalho e a forma como são distribuídas, podem afetar a qualidade de vida. Em consequência das exigências deste tipo de horários de trabalho, é comum a vida pessoal ser descurada pela profissional, não havendo um equilíbrio entre ambas. Cerca de 29% da população ativa trabalha por turnos, pelo que os efeitos dessa intolerância a esse tipo e horário de trabalho assumem elevada importância em termos de saúde ocupacional nomeadamente, a desregulação do ritmo interno do organismo, o que pode acontecer por ação do trabalho por turnos, provocando dificuldades no sono, alterações da libido, do

apetite, do peso, problemas digestivos e cardiovasculares, apatia, irritabilidade, cansaço, contribuindo para aparecimento de perturbações ao nível da saúde física e psicológica e da vida social e familiar. (Santos, 2008)

Os enfermeiros, tal como os demais profissionais de saúde, fazem parte de uma classe sujeita a trabalho em horário por turnos. Em Portugal existe um sistema de três turnos constituído, na maioria dos casos, pelo turno da manhã (8h às 16h), da tarde (16h às 24h) e da noite (24h às 8h), podendo os mesmos ter alterações consoante a política de cada instituição.

A carreira profissional representa a história de trabalho de uma pessoa. Para Robbins (1998), citado por Ramos (2001), a carreira define-se como a sequência de experiências de trabalho de uma pessoa ao longo da sua vida. Dada a sua importância para os indivíduos e organizações, a carreira profissional encerra diversas situações que podem induzir o burnout pela incerteza, mudança e flexibilidade do atual mundo do trabalho.

Relativamente à **idade**, Queirós (2005: 50) refere que estudos “evidenciam a existência de uma relação linear positiva entre burnout e experiência” ou seja “indivíduos com mais anos e experiência apresentam níveis mais baixos de exaustão e despersonalização e os mais jovens níveis elevados nas dimensões do burnout”.

Em relação ao **género sexual** observa-se uma controvérsia de conclusões. Estudos referenciam que não foram encontradas diferenças significativas entre sexo e burnout (Queirós 2005: 50 citando Kandoli 1993). O mesmo autor menciona que Maslach (1981) nos testes de validação da MBI faz referência que as mulheres apresentam níveis mais elevados do que os homens em exaustão emocional e os homens níveis mais elevados em despersonalização e realização pessoal dado que é socialmente inaceitável que os homens expressem abertamente a sua vulnerabilidade.

Em relação ao **estado civil** segundo Queirós (2005: 50) citando Maslach “os indivíduos casados apresentam níveis mais baixos do burnout do que os solteiros ou divorciados e os indivíduos com **filhos** apresentam níveis mais baixos nas componentes e burnout”. Marques-Teixeira citado por Queirós (2005:60) refere que “o fato de se ter uma família significa mais experiência para lidar com problemas pessoais e conflitos emocionais” a família funciona como suporte emocional e de conforto.

Em suma, e referenciando um estudo exploratório realizado por Renato em 1990 citado por Queirós (2005: 68) a 108 enfermeiros de vários hospitais “verificou que a idade, o sexo, a categoria profissional, o número de filhos, o tempo e permanência no horário

(rotativo) e o tempo de permanência no atual serviço eram variáveis que desempenham um papel importante no nível do burnout.”

2.3 - SINAIS E SINTOMAS DO BURNOUT

De acordo com Maslach e Jackson (1981) o trabalho continuo com pessoas que estão em sofrimento, psicológico, social e/ou físico, pode causar stress crónico e ser emocionalmente desgastante, contribuindo para o risco do burnout, afetando os profissionais dos serviços humanos como médicos, enfermeiros, psicólogos, etc. Estes autores fazem referência a outro aspeto importante, que é o desenvolvimento de atitudes e sentimentos negativos para com os clientes muitas vezes considerando-os como merecedores dos problemas, o que parece estar relacionado com a exaustão emocional.

Já Pines (1993) diz que se reconhece o *burnout* pela presença de três formas de manifestação: a natureza física (estado crónico de fadiga, esgotamento, cefaleias, alterações do peso e sono, consumo de café, tabaco, bebidas alcoólicas ou drogas ilícitas para fazer frente ao que se sente); a manifestação emocional (fracasso, desilusão, desesperança, trabalho sem significado e sentimentos depressivos); a mudança de atitudes (passa a ser cínica, com atitudes negativas com o trabalho, com os colegas, supervisores e própria instituição).

Os trabalhadores na crise do meio da carreira apresentam reações do burnout, especialmente sentimentos de realização pessoal baixa. Embora muitos desses trabalhadores possam ter feito bem, mas pelos seus próprios padrões (por exemplo atingir a meta de se tornar presidente da empresa aos 50 anos de idade), podem considerar-se como sendo um fracasso. (Delbrouck, 2006)

Burnout aparece assim como uma reação à tensão emocional crónica, gerada pelo contato direto e excessivo com outros seres humanos, uma vez que cuidar exige tensão emocional constante, atenção perante grandes responsabilidades profissionais a cada gesto no trabalho. Resumindo, o trabalhador que se envolve afetivamente com seus clientes, desgasta-se, não aguenta mais, desiste, entra em burnout. (Queirós, 2005)

Uma análise da literatura de investigação sobre os aspetos do risco organizacional para burnout conduziu a identificação de seis áreas principais: a sobrecarga de trabalho, a falta de controlo, o sentimento de recompensa insuficiente, a ausência de comunidade, a falta de justiça e o conflito de valores. Por outro lado, o desfasamento entre o indivíduo e o trabalho não ocorre apenas numa área, mas sim nas seis. Se não existir harmonia

entre a natureza do trabalho com a natureza da pessoa, pode resultar num aumento das componentes de exaustão, cinismo e ineficácia do burnout. Assim, cada área traz uma perspetiva diferente das interações entre os indivíduos e os seus locais de trabalho. (Queiros, 2005 e Delbrouck, 2006)

De facto, é importante o desenvolvimento de modelos que articulam as relações interpessoais com o *burnout* e as relações interpessoais com as condições das pessoas e das organizações (Leiter, 1993). Neste sentido, no desenvolvimento da primeira medida do *burnout*, o Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach e Jackson, 1981), procurou encontrar uma descrição das crises experienciadas pelos trabalhadores dos serviços humanos, medindo um estado subjetivo de profissionais envolvidos, e não meramente a ausência da crise. Essas seis áreas em conjunto representam os principais antecedentes organizacionais do burnout. (Maslach, Leiter e Shaufeli, 2008)

1. Sobrecarga de trabalho: e geralmente encontrada como sendo uma carga de trabalho excessiva, através da fórmula simples, muito que fazer provoca exaustão ao indivíduo, na medida em que a recuperação se torna impossível. Por outro lado, ocorre quando os indivíduos estão no trabalho errado, quando não possuem as habilidades ou apetência para um determinado trabalho ou quando lhes são exigidas emoções incompatíveis com os seus sentimentos. Geralmente, a sobrecarga de trabalho esta diretamente relacionada com a exaustão do burnout.

2. Falta de controlo: a falta de controlo está relacionada com a ineficácia ou com a reduzida realização pessoal causando burnout. Os indivíduos que não são envolvidos ao nível das decisões inerentes a sua prática profissional podem enfrentar uma crise de controlo, bem como de sobrecarga de trabalho. Esta falta de controlo, na maioria das vezes, indica que os indivíduos que não tem autonomia para resolver os seus problemas, ou para fazer as suas escolhas de modo a contribuir para alcançar os resultados pelos quais poderão ser responsabilizados mais tarde. Esta situação é geradora de stress nos indivíduos que se sentem responsáveis pelos resultados e não possuem a capacidade para cumprir o que lhes é pedido. Associa-se geralmente a dimensão de reduzida realização pessoal e tem um impacto significativo nos níveis de stress e burnout.

3. Sentimento de recompensa insuficiente: esta situação ocorre quando os indivíduos creem que não estão a ser devidamente recompensados face ao seu desempenho. Por vezes, a recompensa financeira pode ser insuficiente, como por exemplo, quando o indivíduo não recebe o salário e benefícios compatíveis com o seu trabalho. Ainda mais importante, e a falta de reconhecimento social, ou seja, quando há desvalorização do trabalho e dos trabalhadores. Além disso, a falta de recompensas intrínsecas (como o

orgulho em fazer algo importante e de fazê-lo bem) também pode ser uma parte crítica dessa incompatibilidade. Assim, a falta de recompensa está associado a sentimentos de ineficácia. Por outro lado, o reconhecimento positivo neste tipo de situação é importante para evitar o burnout.

4. Ausência de comunidade: ocorre quando os indivíduos perdem o senso de ligação positiva com os outros no local de trabalho. As relações de trabalho prosperam quando os indivíduos são elogiados e se sentem confortáveis. Para além da troca emocional e da ajuda instrumental, este tipo de apoio social reafirma a adesão do indivíduo a um grupo com um sentido de partilha de valores. Infelizmente, alguns trabalhos isolam os indivíduos ou tornam impessoal o contacto social. No entanto, o que é mais destrutivo nas relações de trabalho são os conflitos crónicos por resolver. Nestas condições os níveis de stress e burnout são elevados e o trabalho torna-se difícil. Este conflito constante produz sentimentos negativos de frustração e hostilidade e reduz a possibilidade de apoio social.

5. Falta de justiça: a falta de justiça e de respeito entre colegas que trabalham juntos influencia negativamente o bom ambiente de trabalho e o sentimento de comunidade. O respeito mutuo entre as pessoas é fundamental para um sentimento comum da comunidade. As situações de injustiça podem ocorrer quando há desigualdade na carga de trabalho ou de vencimentos. A falta de justiça agrava o burnout de duas formas: a) ser tratado de forma injusta e uma experiencia emocionalmente desgastante e cansativa; b) a injustiça vai alimentando um sentimento de cinismo em relação ao local de trabalho.

6. Conflito de valores: o conflito de valores pode ocorrer quando existe um conflito entre as exigências da profissão e os princípios e valores do próprio indivíduo. Os indivíduos podem sentir-se constrangidos quando têm de realizar algo que não se enquadra com os princípios da ética e com os seus próprios valores. Os conflitos de valores também podem ocorrer quando as aspirações pessoais não acompanham os valores da organização, ou quando a qualidade de atendimento choca com a contenção de custos da organização. Nestas situações é provável que surja o burnout.

Benevides-Pereira (2003) caracterizam a síndrome do burnout pela presença de quatro tipos de sintomas:

1. Os sintomas físicos: sensação de fadiga progressiva e constante, distúrbios do sono, dores musculares ou ósseas, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, perturbações do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais nas mulheres.

2. Os sintomas psíquicos: falta de atenção e de concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento, sentimentos de alienação, solidão, insuficiência, impaciência, desânimo, depressão e desconfiança.

3. Os sintomas comportamentais: irritabilidade, agressividade, incapacidade em relaxar, dificuldade em aceitar mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de alto risco e aumento da probabilidade de suicídio.

4. Os sintomas defensivos: tendência ao isolamento, sentimentos de onipotência, perda do interesse pelo trabalho ou pelo lazer, insónias e cinismo.

Gil-Monte (2003) resume as manifestações do burnout em quatro grandes categorias:

1. Os sintomas emocionais: uso de mecanismos de distanciamento emocional, sentimentos de solidão, de alienação, ansiedade e de impotência ou onipotência.

2. Os sintomas atitudinais: desenvolvimento de atitudes negativas, cinismo, apatia e hostilidade.

3. Os sintomas comportamentais: agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor, irritabilidade.

4. Os sintomas psicossomáticos: alterações cardiovasculares (palpitações, hipertensão, etc.), problemas respiratórios (crises de asma, falta de ar, etc.), problemas imunológicos (aumento da frequência de infeções, alergias, etc.), problemas sexuais (diminuição da libido), digestivos (ulceras, náuseas, diarreias, etc.), musculares (dores de costas, fadiga, etc.) e alterações no sistema nervoso (enxaquecas, insónia, etc.).

Embora exista alguma evidência dos fatores de risco individuais para o burnout, existem muitas mais evidências de pesquisa para a importância das variáveis situacionais. Mais de duas décadas de pesquisas sobre burnout identificaram um grande número de fatores de risco da organização em muitas profissões e em diferentes países. A conclusão destes estudos revela que o burnout é em grande parte devido a natureza do trabalho, ao invés das características de cada trabalhador (Malasch, Leiter e Shaufeli, 2008).

É de salientar, no *continuum burnout*-empenhamento, que as estratégias utilizadas para incentivar o empenhamento podem ter um papel tão importante na prevenção do *burnout*, como as próprias estratégias para diminuir o seu risco. A criação de um lugar de trabalho assente no desenvolvimento positivo das três qualidades essenciais, energia, envolvimento e eficiência, contribui de forma decisiva para o bem-estar e produtividade dos trabalhadores e, conseqüentemente, para a saúde de toda a organização. Nesta

perspetiva, a saúde não se limita ao bem-estar físico ou emocional do indivíduo, mas está patente nas relações interpessoais.

Um ambiente de trabalho que seja um bom suporte conduz a um máximo de realizações positivas por parte dos profissionais que pretendem atingir os seus objetivos, promovendo a necessária autonomia e recursos. É nesta linha, que Pines (1993) em seis amostras num total de 1.827 indivíduos, verificou que o *burnout* se correlaciona negativamente com a autonomia, com a eficácia, a partilha no trabalho, relações laborais, suporte social e feedback. Por outro lado, em duas amostras num total de 929 sujeitos, mostrou que o *burnout* se correlaciona positivamente com a realização no trabalho, sobrecarga, acumular de decisões, culpa por não prestar o serviço adequado, pressão do ambiente, pressão burocrática, sobrecarga social e exigências conflituosas. Uma pressão burocrática e administrativa limita a liberdade do profissional no trabalho e força-o a perder tempo e esforços em questões secundárias.

2.4 - INTERVENÇÃO EM BURNOUT

O trabalho em hospital contribui não só para a ocorrência de acidentes de trabalho, como também para desencadear frequentes situações de *stress* e de fadiga física e mental. Segundo Queirós (2005) é possível intervir nas organizações, aconselhando a variar as tarefas nas rotinas diárias, flexibilizar os horários, privilegiar o trabalho em equipa, promover locais de trabalho agradáveis, manter uma livre circulação de informação, encorajar as pessoas a falar das suas dificuldades, envolver as pessoas nas tomadas de decisão, reconhecer o trabalho efetuado, criar grupos de suporte e fóruns de discussão dos problemas institucionais.

Nunes, citado por Queirós (2005:60) “identifica, a nível das organizações, como estratégias positivas para a prevenção, a clarificação da missão e objetivos, a existência de chefias intermédias, a supervisão e uma comunicação adequadas, assim como a avaliação da performance.” O papel de outros indivíduos, como colegas, é fundamental na prevenção do processo do burnout: o apoio social e o *feedback*, tal como referem Leiter e Maslach (1988) e Maslach e Jackson (1981).

Outros autores como Marques-Teixeira *in* Queirós, (2005: 59) referem que “O suporte social parece assumir um importante papel na prevenção do *burnout*, quer seja o suporte social organizacional quer se trate do suporte social pessoal. A disponibilidade deste importante recurso pode moderar o *burnout* ao nível dos três processos em jogo: relação

entre os *stressores* laborais e a exaustão emocional; relação entre a exaustão emocional e a despersonalização; relação entre a despersonalização e os sentimentos de auto ineficácia.”

Em suma “prevenir e tratar o burnout passa por evitar e converter a exaustão em energia, o cinismo em envolvimento, a ineficácia em eficácia”. (Queirós, 2005: 61)

Os programas de intervenção para prevenir o burnout podem ser dirigidos a pessoas (individuais/grupos) ou a organizações ou uma combinação de ambas. Programas de intervenção dirigidos à pessoa geralmente são medidas cognitivas comportamentais destinadas a aumentar a capacidade de trabalho, as competências pessoais, apoio social ou diferentes tipos de exercícios de relaxamento. As intervenções na organização estão direcionadas por outro lado a mudanças nos procedimentos de trabalho, como a reestruturação de tarefas, avaliação do trabalho e supervisão que visa diminuir a procura de trabalho, aumentando o controlo sobre o trabalho ou o nível de participação no processo de decisão. (Awa, Plaumann e Walter, 2010)

Os autores referem ainda que apesar de muitos estudos examinarem fatores de risco para o burnout, apenas relativamente poucos programas de prevenção têm sido realizados e menos ainda foram avaliadas. Isto pode ser parcialmente devido às dificuldades associadas à implementação desses programas, especialmente organizações dirigidas a essas intervenções. Muitos dos estudos analisados tinham pequenas amostras, elevadas taxas de abandono, bem como de curtas intervenções. Futuras intervenções devem trabalhar contra tais fatores limitantes, a fim de melhorar a integridade dos resultados e conclusões.

2.5 - MODELO TEÓRICO DE MASLACH E JACKSON

Diversos autores têm conceptualizado o processo e as manifestações da síndrome do burnout, ou a sequência com que surgem as suas diferentes dimensões. Nesta procura surgiram diferentes modelos dando consistência ao conceito bem como à explicação desta síndrome, dos seus antecedentes e das suas manifestações. Neste trabalho optamos por referenciar o modelo que serve de base à construção do estudo.

O modelo multidimensional do *burnout* e a sua avaliação é o mais usado nas investigações e caracteriza-se por três dimensões chave: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. O instrumento foi desenvolvido por

Christina Maslach e Susan Jackson (1981, 1986) cujo objetivo visava avaliar o Burnout em profissionais que trabalhavam em áreas dos serviços humanos e de saúde.

As autoras definem burnout como o cansaço emocional que leva a uma perda da motivação com tendência a sentimentos progressivos de inadequação e fracasso sendo este o resultado de uma discordância entre os ideais individuais e a realidade da vida laboral diária incluída nas três dimensões:

1. Cansaço ou esgotamento emocional - que se caracteriza por uma perda continua de energia, fadiga, desgaste e/ou falta de recursos emocionais. É uma componente primordial da síndrome do burnout que pode ter consequências físicas e psicológicas. A **exaustão emocional** caracteriza-se por uma falta ou a carência de energia acompanhada de um sentimento de esgotamento emocional. A manifestação pode ser física, psíquica ou uma combinação entre as duas. Os trabalhadores percebem que já não possuem condições de despendar mais energia para o atendimento de seu cliente ou demais pessoas, como já houve em situações passadas.

2. Desumanização ou despersonalização - as suas principais características são o desenvolvimento de atitudes negativas, irritação, cinismo e insensibilidade para com os usuários (doentes ou clientes). Ocorre um endurecimento afetivo ou a insensibilidade emocional, por parte do trabalhador, prevalecendo o cinismo e a dissimulação afetiva. Nesta dimensão, são manifestações comuns, a ansiedade, o aumento da irritabilidade, a perda de motivação, a redução de metas de trabalho e comprometimento com os resultados, além da redução do idealismo, alienação e a conduta voltada para si.

3. A falta de realização profissional - em que o individuo afetado, avalia negativamente o seu desempenho profissional, percebe a falta de realização pessoal no seu trabalho, diminuindo deste modo as suas expectativas pessoais e de autoavaliação, o que conduz a uma autoavaliação negativa. Demonstra rejeição de si próprio e das suas realizações pessoais, apresentando ainda sentimentos de fracasso e de baixa autoestima.

O instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) desenvolvido por Christina Maslach e Susan Jackson, cujo objetivo visava avaliar o Burnout em profissionais que trabalhavam em áreas dos serviços humanos e de saúde foi construído com base em entrevistas junto de profissionais que trabalhavam num contexto assistencial. Assim, as três dimensões do MBI não foram deduzidas teoricamente, mas de itens exploratórios inicialmente recolhidos para refletir a variedade de experiências associadas ao fenómeno Burnout (Quadro 1).

Quadro 1 – Score para cada sub-escala do Instrumento MBI

Inventário do burnout de Maslach			
	Grau Baixo	Grau Moderado	Grau Alto
Exaustão Emocional	0 - 16	17 - 26	> 26
Despersonalização	0 - 6	7 - 12	> 12
Realização Pessoal	≥ 39	32 - 38	0 - 31

Os itens descritos no questionário estão dispostos numa forma de avaliação obtida por uma escala de Lickert, graduada de sete pontos, que vai de 0 (nunca), 1 (algumas vezes por ano), 2 (uma vez por mês ou menos), 3 (poucas vezes por mês), 4 (uma vez por semana), 5 (algumas vezes por semana) e 6 (todos os dias) (Maslach, Jackson e Leiter, 1996).

A versão final da escala de M.B.I. é constituída por 22 itens, com 3 subescalas implícitas, nomeadamente, a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal. A subescala exaustão emocional é composta por 9 itens que representam sentimentos de esgotamento emocional do indivíduo, causados pela sua atividade laboral. A análise incide nos itens 1,2,3,6,8,13,14,16,20.

A subescala despersonalização é constituída por 5 itens que correspondem à ausência de sentimentos e ao desenvolvimento de atitudes impessoais e de indiferença para com as pessoas de quem se cuida e é avaliada pelos itens 5,10,11,15 e 22.

Para estas duas subescalas descritas anteriormente, as pontuações médias elevadas correspondem a elevados níveis do burnout.

Por último, a subescala da realização pessoal representa 8 itens do questionário, que descrevem sentimentos de competência e de sucesso no trabalho com os outros. A sua avaliação é obtida pelos itens 4,7,9,12,17,18,19 e 21 e em oposição às anteriores, nesta subescala, as pontuações médias baixas traduzem índices elevados do burnout (Maslach, Jackson e Leiter, 1996).

2.6 - BURNOUT SEGUNDO O MODELO DE HEIDELBERG

Segundo Greten (2013), o síndrome do burnout, é um termo referente a uma complexa variedade de sintomas que ocorrem com a exaustão emocional e física. O conceito

subjacente ao Maslach Burnout Inventory (MBI) é que três complexos sintomáticos podem ser distinguidos:

- Exaustão Emocional
- Despersonalização/cinismo
- Perceção de falta de realização.

Com base nestes conceitos Greten (2013) construiu hipóteses justificativas tendo por base as teorias da MTC e do Modelo de Heidelberg.

Assim a exaustão emocional empiricamente é um burnout tipo exaustão emocional e é associada a pulsos pequenos ou evanescentes na posição pollical esquerda. Os sintomas descritos por Maslach correspondem aos de esgotamento da orbe cardíaca. A maioria dos pacientes empiricamente mostrará uma constituição cardíaca com deficiência de yin.

De forma simplificada e de uma perspetiva ocidental pode-se dizer que o termo orbe cardíaca refere-se a um módulo do indivíduo, que é responsável pelas atribuições funcionais (qi) que criam estabilidade emocional, tendências emocionais no sentido de vetores que podem ser organizadas em um diagrama vetorial de equilíbrio.

Este tipo especial de poder natural (qi) é chamado Shen. Ele é responsável pela ordem ou fluir das emoções, pelo controlo da associatividade e pela presença mental. Distúrbios na eficiência do Shen podem levar a incoerência de discurso, perda de memória a curto prazo, lapsos funcionais por reduzido controle motor com falta de concentração e ausência de focalização.

Em relação à despersonalização, Greten (2013) descreve como escravidão pessoal que concorre com uma demanda exagerada e excessiva da velocidade no trabalho. Isto leva a uma vida despersonalizada. No contexto laboral, isso pode significar que os processos e tarefas são acelerados e economizados uma vez que o maior desejo é livrar-se das pessoas que estão ligadas a esses processos. Isto leva a uma atitude em que as pessoas em burnout tratam as pessoas como objetos levando à despersonalização. Literalmente falando, exaustão, mais rapidez excessiva nas tarefas a realizar podem levar a um sentimento de exaustão no final, sentindo-se as pessoas como robôs, como se estivessem numa linha de montagem e tratassem indivíduos, colegas e elas próprias como objetos, produzindo uma perda da ligação emocional.

Este cenário segundo o mesmo autor corresponde aproximadamente ao padrão de repleção pericárdica em Medicina Tradicional Chinesa. De acordo com a PTTTCM, este

padrão pode ser originada por ansiedade existencial, resultando num excesso de motivação para acelerar todos os processos como se estivesse numa reação de fuga. Isto resultaria numa perda de ritmicidade da vida diária como realmente é evidente antes do aparecimento do burnout.

Na Medicina Chinesa, as funções atribuídas à fase Fogo, têm a ver com a transformação da sua capacidade funcional em função e excesso de função. Portanto, toda esta síndrome pertence à fase Fogo. Dentro desta fase, como na Medicina Ocidental, perturbações da emotividade devem ser distinguidas das perturbações físicas. Como a ansiedade subjacente é uma sensação desagradável, a auto- percepção de todas as emoções é limitada. Assim, as funções cardíacas são reduzidas, enquanto que, as funções pericárdicas são mais pronunciadas. Este é um caso típico de excessiva emocionalidade e reduzida auto- percepção.

Embora muitos indivíduos se possam manter a funcionar durante anos, é provável que um dia a exaustão surja como consequência desta movimentação excessiva e descontrolada. Este quadro é comparável com as oscilações entre os hipomaniacos e os quadros depressivos na depressão bipolar, na qualidade de vida e emotividade positiva que estão diminuídas neste padrão. No burnout este padrão corresponde aproximadamente à depleção pericárdica com o consequente estado de repleção ou excesso.

Em relação à percepção de falta de realização, ou seja a terceira variável da MBI, Greten (2013) afirma que esta é caracterizada por uma falta de auto- percepção. O indivíduo pode sentir que as tarefas são sem sentido, que o trabalho ou o cuidar dos outros não faz qualquer diferença, de modo que tudo é igual ou seja, fazer o trabalho ou não é perfeitamente indiferente para o individuo em burnout.

Este é frequentemente associada com estados de esgotamento geral, resultando num padrão Pulmo - Felleal. O padrão pulmonar compreende uma falta de auto-estima, e o padrão Felleal compreende algum tipo de humor irritante que os chineses interpretam como consequência da desvalorização precoce, do excesso de retificação e de uma falta de sensibilidade natural de fortalecimento e vigor. Na vida diária isto é frequentemente visto como um alto grau de ambivalência, frequentemente coberta por uma imagem de aparente excesso de diferenciação e ausência de tomada de decisão. Todas as tarefas parecem exigir uma sobre- esforço para superar o limiar de atividade. Então, tarefas que habitualmente poderiam ser realizadas numa hora levam dias, levando a um acumular de tarefas inacabadas.

Face ao atrás exposto Greten (2013), refere algumas regras para prevenir e combater o síndrome do burnout:

- ✓ Evitar que a bateria energética que nos permite o funcionamento diário descarregue por completo;
- ✓ Impor regras de vida diária:
 - Pequeno-almoço, principal refeição do dia (cereais), “comida certa à hora certa”;
 - Deitar cedo (regeneração é feita à noite);
 - Antes de deitar pensar 10 minutos no dia de amanhã e escrever o que é mais importante fazer nesse dia;
 - Não planear nada após as 10-11.30h (fase fogo);
 - Evitar planear o impossível;
 - Todos os dias precisamos de uma zona tabu onde possamos estar com nós próprios (ilhas de silêncio e paz);
 - Fazer uma coisa de cada vez, não ter muitas tarefas em simultâneo;
 - Identificar os interruptores das atividades ou os chamados “sugadores” ou “vampiros de energia”;
 - Resolver conflitos antigos;
 - Evitar pessoas negativas.
- ✓ Qigong cinco minutos duas vezes por dia de forma a criarmos as chamadas “ilhas do silêncio” onde procuramos evitar o curto-circuito interno e procuramos nos auto-focar.

3 - MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

A História da Medicina Tradicional Chinesa perde-se no tempo. Existem atualmente dados arqueológicos que apontam para uma prática com mais de 5000 anos. Oficialmente a MTC começa com o livro “O Clássico do Imperador Amarelo”, que data de há cerca de 2300 anos e nele se encontra registada a experiência clínica fruto do conhecimento empírico. Desde sempre, os homens tentam combater a dor e a doença procurando diferentes métodos para o alcançar. A Medicina Tradicional Chinesa nascida na China à cerca de 5000 anos atrás é um deles. Um das primeiras referências às formas mais primárias de cuidar é revelado pelo I Ching (Livro das Mutações) e no Huangdi Neijing (Princípios de Medicina Interna do Imperador Amarelo). Nestes livros descrevia-se a forma de preservar um bom estado de saúde, dirigindo o comportamento de acordo com a natureza.

Ao longo dos séculos foram surgindo inúmeras coletâneas que refletiam todo um acumular deste ancestral conhecimento. No entanto foi nos séculos XVI e XVII que a MTC conheceu o seu auge com publicações como Zengjiu Dacheng (Grande Compêndio de Acupuntura e Moxabustão), onde residem teorias como a estimulação de pontos e canais, estando estas tão claramente expostas que permanecem atuais até aos dias de hoje.

Segundo Hempen (2006), foi Soulie de Morant que após 30 anos de estudo na China, quem contribuiu para fornecer a base teórica para o diagnóstico e a introdução da medicina chinesa no mundo ocidental e mais particularmente na França.

Também a OMS vem por sua vez promover a segurança, qualidade e eficácia desta forma tradicional de medicina, emitindo a *“Estratégia da OMS para a Medicina Tradicional: 2002-2005”*, na qual insiste para os governos estabelecerem políticas apropriadas e treino prático nessas áreas concluindo que a eficácia e as vantagens das chamadas terapias tradicionais, dependem de habilidades, adequada educação e formação, por forma a prestarem um serviço de qualidade às populações.

Atualmente procura-se uma forma de compreensão mais moderna, mais científica da MTC de forma a facilitar a sua integração e aceitação no sistema de saúde ocidental. O modelo de Heidelberg encaixa neste contexto.

O Modelo de Heidelberg de Medicina Tradicional Chinesa, originalmente desenvolvido pelo Prof. Greten, tendo por base os trabalhos desenvolvidos pelo médico e sinologista Prof. *Manfred Porkert*, é um modelo que permite o acesso à medicina chinesa pela via científica. Este modelo de MTC assenta na sistematização das teorias da Medicina a partir da análise do “*I Ching*”, livro ancestral onde surgiram os primeiros escritos que estão na base dos princípios fundamentais da medicina chinesa, Greten (2008) desenvolveu uma nova compilação das ideias centrais da Medicina Chinesa, transcrevendo-as e explicando-as, através de um modelo matemático lógico, aplicado a sistemas biológicos.

De acordo com o “*I Ching*” os termos *yin* e *yang* podem ser considerados expressões matemáticas, expressas em números, reportando para um sistema numérico binário, que se traduz em funções circulares. Há evidências da descrição do sistema *yin* e *yang* através de funções circulares que, de uma forma simplista se assemelha a uma curva sinusoidal.

A Medicina Tradicional Chinesa é, segundo o Modelo de Heidelberg, um sistema de sensações e descobertas desenhadas para estabelecer um estado vegetativo funcional, o qual pode ser adquirido através da acupunctura, da fitofarmacologia, do Tuina (massagem chinesa), do Qigong e da dietética chinesa

Segundo Greten (2011) a integração da MTC nos sistemas de saúde ocidentais e no campo da investigação requer a satisfação de alguns pré-requisitos:

1. *A existência de um conceito racional da MTC;*
2. *A existência de prova científica da eficácia e segurança;*
3. *A existência de medidas de controlo de qualidade que esteja na base do desenvolvimento do conhecimento deste sistema médico.*

Ainda segundo o mesmo autor o Modelo de Heidelberg da MTC é baseado num modelo neurovegetativo, assentando numa metodologia científica específica, resultando num modelo integrado, complementar e interativo com a medicina convencional. Este modelo traduz para a fisiologia ocidental os conceitos estruturantes da linguagem de MTC, facilitando, desta forma, o uso racional inerente aos sistemas terapêuticos reflexos, mecanismos anti-inflamatórios e treino mental.

Assim o Modelo de Heidelberg compreende as doenças, como conjunto de sinais e sintomas descrevendo as sensações do indivíduo e que são o resultado de disfunções do corpo particularmente a nível do sistema neurovegetativo.

Como em todas as medicinas além da interpretação dos sintomas, eleva-se a um segundo nível de abstração, que identifica as causas e os agentes que podem induzir essas alterações ou disfunções (Greten, 2008). A terapia inclui, por conseguinte, ação reflexa no sistema nervoso central e vegetativo

Hempen (2006) refere que, para a MTC ser considerada científica, deve respeitar e cumprir alguns critérios científicos. Portanto, deve ser baseada em grande clínica experimental, usar uma linguagem e terminologia específica, a fim de expressar os seus pontos de vista. O mesmo autor refere que, para as observações clínicas da medicina chinesa e acupunctura se tornaram um corpo de conhecimento científico, devem ser integradas num sistema racional de sistematização de conceitos.

Para entender o mecanismo de ação e processos patológicos em geral, a partir de um ponto de vista da MTC, deve haver uma série de conceitos básicos para ser entendidos e assimilados. O conceito de Qi é frequentemente traduzido como "energia" ou "força vital".

De acordo com o modelo de Heidelberg, Qi pode ser entendido como uma capacidade vegetativa de um tecido ou órgão que causa nele sensações diferentes e resultados (Greten, 2008). Muitos outros conceitos fazem parte deste modelo interpretativo da MTC como é o caso do diagnóstico e da teoria Shan Han Lun, todos eles em conjunto reforçam e sustentam a aplicabilidade e a cientificidade do Modelo de Heidelberg. (Anexo 6)

3.1 – QIGONG

O Qigong é uma das áreas terapêuticas da MTC; a palavra chinesa decomposta é constituída por 2 ideogramas, Qi e Gong (气功). Qi é traduzido por energia e Gong como trabalho, do que resulta trabalho com energia. É considerada uma arte ancestral chinesa que trabalha com a postura, o movimento, a respiração e a meditação.

Na China atual a prática de Qigong está dividida em três escolas principais: médica, marcial e espiritual. As três escolas baseiam-se no mesmo sistema filosófico e partilham muitas técnicas, diferindo principalmente no objetivo de aplicação. De uma forma simplificada, a escola médica treina médicos e terapeutas em técnicas especiais de Qigong para a manutenção da saúde e longevidade, prevenção da doença, diagnóstico e tratamento de doenças e desequilíbrios, a escola marcial treina artistas marciais no

desenvolvimento da sua força e poder e a escola espiritual treina praticantes na busca de transformação espiritual e iluminação.

Dong (2007) refere que existem muitos estilos e escolas de Qigong, mas todas partilham dos mesmos princípios essenciais:

- ✓ Regulação do corpo – o corpo é mantido numa posição estacionária ou executa uma série de movimentos específicos;
- ✓ Regulação da mente – a mente é limpa de todos os elementos de distração e focada num único pensamento ou na visualização meditativa do “qi” a circular pelo corpo;
- ✓ O “qi” pode ser entendido como energia vital e, segundo alguns autores é considerada uma energia dinâmica e etérea com potencial e informação de feedback.
- ✓ O Qigong é uma prática de treino que leva ao desenvolvimento e controlo do “qi” e à sua distribuição pelas diferentes partes do corpo. É considerado uma terapia tradicional de bio feedback vegetativo que integra exercícios posturais, respiratórios, de movimentos e de meditação com propriedades de estabilização vegetativa e que visa a auto-regulação dos sistemas biológicos corporais (...).

Como terapia de bio-feedback, o Qigong ativa a autorregulação psicofisiológica para restaurar e manter a ortopatia. (Greten, 2009)

O Qigong é, segundo o Modelo de Heidelberg, uma terapia tradicional de bio-feedback vegetativo que integra exercícios posturais, respiratórios, de movimentos e de meditação com propriedades de estabilização vegetativa e que visa a autorregulação dos sistemas biológicos corporais (Greten, 2007, 2009, 2010, 2011). A estimulação acontece porque pontos de reflexos autonómicos, que são ligados uns aos outros por meio de fibras de colagénio por interconexões (condutos), esticam-se e relaxam-se de um modo sistemático (Greten, 2011). É uma prática de treino que leva ao desenvolvimento e controlo do Qi e à sua distribuição pelas diferentes partes do corpo, onde os exercícios são focados no corpo e na mente para aumentar e restaurar o fluxo de Qi. (Lee, Pittler, Ernst, 2009)

A regulação da respiração é de extrema importância na prática do Qigong. A respiração é a fonte de “qi” mais importante do organismo e está associada à Fase Metal (distribuição rítmica da energia) e à orbe pulmonar. A respiração é considerada o “pacemaker” de diversas funções vegetativas tais como o tónus muscular e a circulação sanguínea

capilar. Os padrões respiratórios que integram os orbes estão diretamente ligados às cinco emoções primárias que, por sua vez, têm uma influência determinante na circulação do “qi”. A ira, que está associada à Fase Madeira, faz subir o “qi” tornando a exalação mais forte do que a inalação. A tristeza, o pesar ou dor que estão associadas à Fase Metal, promovem a depleção de “qi” tornando a inalação mais forte do que a exalação. O medo e o choque (pavor), que estão associados à Fase Água, diminuem e dispersam o “qi”, tornando a respiração acelerada e superficial como consequência da incapacidade de retenção do “qi” pelo Rim. A excitação e a luxúria (voluptas), que estão associadas à Fase Fogo, tornam a respiração moderada, irregular e com variações repentinas. A preocupação (solicitude) e a reflexão (cogitation), que estão associadas à Fase Terra, bloqueiam o “qi” e tornam a inalação curta e fraca, por vezes contida durante algum período de tempo, seguida de uma rápida inalação e exalação, bem como por suspiros durante um largo período de tempo. (Greten, 2011)

De acordo com o modelo de Heidelberg, os exercícios de Qigong permitem a aquisição de força e segurança, ativando a orbe renal e, portanto, tornam os indivíduos livres de ansiedade. Por outro lado, ativando alguns pontos das mãos pode-se alcançar um grande equilíbrio e um efeito purificador do corpo e mente. Com determinadas visualizações pretende-se obter um efeito purificador, o qual atuando no sistema nervoso permite o alívio da dor e melhorar a imagem e representação física e emocional do paciente. (Greten, 2010)

Tendo em mente o conceito de que as emoções se originam no corpo, equilibrando as funções do nosso corpo com a prática de Qigong, automaticamente procura-se diminuir e eliminar as alterações e padrões patogénicas dentro do sistema nervoso vegetativo. Assim, é possível conseguir uma realimentação natural promovendo a auto-cura (ortopatia). Este tipo de atitude interior dá ao indivíduo um feedback do seu estado funcional subconsciente e permite-lhe pela imaginação reequilibrar-se. Uma fração deste estado de equilíbrio é relembrada no sistema nervoso vegetativo, tornando-se então parte do seu autoconceito. Por outras palavras, equilibrando as funções vegetativas e procurando uma postura interna de focalização, o paciente tem uma consciência intuitiva do subconsciente de autorregulação. (Greten, 2010)

Pode ser também definido como “um comportamento que tem como objetivo mostrar-nos o caminho do conhecimento da natureza humana, permitir-nos tomar mais consciência do valor da vida e dos seus limites, e conduzir-nos na senda da sabedoria”. (Dong, 2007:13)

Os objetivos terapêuticos do Qigong são os seguintes:

- ✓ Eliminar fatores patogénicos internos (acumulação excessiva de emoções como a ira, dor, preocupação, medo, etc.) bem como fatores patogénicos externos (invasão pelo frio, calor, humidade, etc.);
- ✓ Harmonizar o “qi” promovendo a ortopatia (poder de auto-cura do organismo) e contrariando as condições de depleção (baixa atividade) e repleção (alta atividade) desfavoráveis;
- ✓ Regular e equilibrar a energia yin e yang do paciente de forma a restabelecer a harmonia.

Algumas doenças comuns tratadas pelo Qigong terapêutico são: diabetes, artrite, hipertensão, quistos e tumores nos seios e ovários, enxaqueca, fibromialgia, insónia, dor síndrome do intestino irritável, atrofia muscular, tumores cerebrais, acidente vascular cerebral, recuperação de coma e certos tipos de cancro.

Greten (2011) revelou nos seus estudos que o Qigong não é apenas utilizado com sucesso no tratamento da hipertensão leve, mas também no tratamento da enxaqueca. Além disso, os sintomas psicológicos e metabólicos, tais como a ansiedade podem ser controlados em síndromes complexas, como a fibromialgia. No mesmo estudo, o autor ainda constatou que o metabolismo cerebral pode ser aumentado de forma mensurável com estes exercícios durante a digitação de um efeito calmante. Os seus resultados mostram que a microcirculação melhora, os níveis de stress são reduzidos e a emotividade exagerada muitas vezes acalma.

Lee [et al.] (2003) realizaram alguns estudos que indicam que o Qigong tem um efeito relaxante e de estabilização do sistema nervoso simpático em pacientes hipertensos, modelando positivamente os níveis de catecolaminas urinárias, a pressão sanguínea e melhorando as funções ventilatórias.

De facto, relativamente a esta última variável, estudos realizados por Lan [et al.] (2004) com o objetivo de comparar as respostas cardiorespiratórias em função do exercício em idosos praticantes de Qigong, Tai Chi Chuan e grupo de controlo, mostraram que estas duas práticas têm um efeito benéfico na capacidade aeróbia dos intervenientes, sendo que o Qigong pode fortalecer a eficiência respiratória durante a prática de exercício devido ao treino da respiração diafragmática.

O efeito da prática de Qigong na resposta psicossocial de pessoas idosas com depressão e outras doenças crónicas foi alvo de estudo de Tsang [et al.] (2006). Este, concluiu que

a prática regular de Qigong pode aliviar o quadro depressivo, melhorando a eficácia e o bem-estar pessoal.

Griffith [et al.] (2008) estudaram a eficiência de um programa de treino de Qigong na redução do stress de pessoal hospitalar e constataram uma redução significativa dos níveis de stress neste grupo de estudo.

Estudos efetuados por Silva [et al.] (2005) mostraram que no campo do autismo um grupo de oito crianças com idades inferiores a 6 anos submetidas, regularmente, a massagem médica de Qigong, apresentou uma diminuição do comportamento autista, melhoria no desenvolvimento da linguagem, funções motoras e sensoriais, bem como no estado de saúde geral.

Sancier (1996, 2004) refere que a prática prolongada de Qigong durante um ano diminuía em 34.6 % a obstrução da microcirculação periférica. Conforme relatado pelo mesmo autor há três correções na prática de Qigong. O primeiro envolve a postura corporal. "Incorretas posturas resultam em diminuição ou bloqueio do fluxo de energia com o consequente dispêndio de energia". A segunda correção envolve a respiração. A forma mais usada de respiração em Qigong é a respiração abdominal, a última correção envolve o estado mental ou autoconsciência. Regulando a mente reduz-se o stress e aumenta-se a autoconsciência do momento, ajudando a alcançar um estado de consciência pura, removendo pensamentos e emoções que mantêm pessoas desnecessariamente imersas na complexidade da vida diária. Do ponto de vista do sistema vegetativo, o Qigong e os seus suaves movimentos exigem mais oxigênio no sistema cardiovascular ajudando a regular a relação oxigênio / dióxido de carbono crítico do corpo. A respiração lenta e profunda dilata os vasos sanguíneos de modo que o coração não precisa de realizar tanto esforço. Para além da contração muscular, a principal forma de melhorar o funcionamento do sistema linfático é através da respiração. Os pulmões têm sido chamados como o coração do sistema linfático, que é a chave para a função imune do corpo, bem como a remoção metabólica de subprodutos tóxicos a partir das suas células. O corpo entra em modo de autorregeneração, de vigília durante a prática de Qigong.

Também Posadzki (2009: 140) refere que Qigong "é uma forma de terapia complementar e um método para a melhoria da saúde que tranquiliza mente e é conhecido por reduzir desequilíbrios do corpo".

Considerando todas estas respostas fisiológicas obtidas com o Qigong, tem havido um enorme interesse em investigar algumas destas aplicações clínicas, as quais incluem:

➤ Melhorias cardio-respiratórias:

De acordo com a Birdee [et al.] (2009), os terceiros ensaios clínicos randomizados mais frequentemente publicados estão relacionados com Taichi e Qigong em adultos mais velhos com resultados sobre a saúde cardiovascular. Esta categoria inclui medidas como pressão sanguínea, IMC e VO₂ máx. Ainda segundo o mesmo autor tem sido relatado que o Qigong e meditação podem influenciar o tronco cerebral e tálamo, onde numerosos grupos de células funcionam para influenciar o sistema nervoso autônomo e estímulos sensoriais, e, assim, diminuir a pressão sistólica e diastólica. Há também aumentos estatisticamente significativos da variabilidade da frequência cardíaca.

Além disso, no estudo de viabilidade desenvolvido por Sousa [et al.] (2011) sobre os efeitos dos Qigong no desempenho de estudantes de música em flauta transversal, foi observado uma redução significativa da frequência cardíaca e da ansiedade "White Ball" (bola branca).

Tem sido sugerido que os exercícios de Qigong também podem aliviar os sintomas da asma, como modular os processos de inflamação. "Em pacientes com asma, exercícios de Qigong resultaram na redução das doses de medicação, a duração do internamento e o custo da terapia". (Posadzki, 2009: 141)

➤ Resultados psicológicos

O resultado psicológico da prática de Qigong foi cientificamente estudado, através de monitorização de EEG. Posadzki (2009: 141) refere que a "neuromonitorização durante os exercícios de Qigong confirmam o aumento de 22,2% na velocidade do fluxo arterial médio na artéria cerebral posterior. "

Na verdade, há evidências de um conjunto de estudos da prática de Qigong promoverem a percepção de mudanças, tais como a experiência individual de calor, calafrios, relaxamento, tensão, bem como afetar positivamente as mudanças de humor e alívio do cansaço e tensão. (Posadzki, 2009)

O mesmo autor refere que Qigong ajuda a "normalizar e estabilizar estados emocionais agradáveis na mente humana e melhorar o bem-estar de um indivíduo." (Posadzki, 2009:141)

Rhu [et al] citado por Posadzki, (2009) observaram os efeitos de Qigong na formação de níveis dos peptídeos opióides endógenos humanos, tais como a beta-endorfina, e o outros hormônios, como o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH). Segundo os autores o nível de beta-endorfina aumentou significativamente durante o treino, enquanto o nível de

ACTH diminuiu durante e após o exercício. O resultado sugere que o Qigong, quando usado como um método para enfrentar estados de stress, afeta e desempenha um papel na regulação hormonal e na manutenção da homeostasia em seres humanos. (Posadzki, 2009)

➤ Alterações metabólicas

O Qigong também inclui alterações diretas no funcionamento do sistema nervoso autónomo e, portanto, pode influenciar atividades metabólicas. O "IMC, o nível de colesterol e a excreção de albumina podem ser controlados através de Qigong, resultando numa melhoria geral do estado de saúde." (Posadzki, 2009:141)

Também é relatado que o Qigong pode modular o nível de triglicéridos, e apolipoproteínas do metabolismo lipídico. Também na diabetes há evidência de que o Qigong possa reduzir os níveis de glucose plasmática pós-prandial sem induzir um grande aumento da frequência cardíaca. (Posadzki, 2009)

➤ Qigong em pacientes com cancro

Nos doentes com cancro o Qigong deve ser considerado como uma arma terapêutica adjuvante. Na verdade esta terapia pode ser útil nos estágios avançados da doença, uma vez que ajuda a reduzir vômitos, insónia, anorexia, sustenta o controlo emocional, e minimiza a angústia e desamparo. (Posadzki, 2009)

➤ Alterações neuromusculares e músculo-esqueléticas

Sugere-se que o Qigong possa melhorar a função motora e coordenação de movimentos. Há também evidências de efeitos benéficos do Qigong na melhoria da postura corporal correta. Também no tratamento da dor são de ressaltar os resultados na redução da dor lombar, em mulheres com dismenorreia e nos doentes com dor crónica. A ativação suave dos músculos do corpo através de exercícios de Qigong pode ter um impacto positivo na homeostasia do indivíduo. De acordo com Posadzki (2009:143) "estes resultados podem ser interpretados como um apoio adicional no sentido de otimizar o estado do indivíduo durante o processo de recuperação".

No estudo realizado por Matos (2011) constata-se que, mudanças da temperatura da pele obtidas por termografia infravermelha foram observadas após exercícios de Qigong.

Do ponto de vista médico Oriental, problemas de saúde são considerados como uma perturbação da circulação do Qi ou desarmonia e exaustão do fornecimento de Qi. Este bloqueio, estagnação, desequilíbrio, ou mudança no padrão de organização de Qi origina patologia. Esta perturbação pode ser evidenciada por sintomas tais como a dor, a rigidez,

mudança na temperatura do corpo ou descoloração da pele. Em geral, um estilo de vida stressante também bloqueia o fluxo de Qi no conduto e, portanto, interrompe o estado harmonioso do corpo que leva à doença. (Lee, [et al.], 2003)

Como exposto anteriormente, pode-se inferir que as consequências do regular exercício da prática de Qigong são a melhoria global do estado de saúde e a consequente longevidade. Conforme referido por Mayer, citado por Posadzki [et al.] (2009:144) "este parece ser um método valioso e fiável para melhorar a saúde do indivíduo."

Stenlund [et al.] (2009) testaram os efeitos do Qigong num estudo aplicado a 68 mulheres e 14 homens em burnout. Neste estudo os autores não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de trabalho que realizaram Qigong duas vezes por semana durante três meses (12 semanas). Estes referenciam que maior eficácia neste tipo de terapia possa passar eventualmente por um aumento da frequência semanal das sessões de Qigong.

Griffith, [et al.] (2008) realizaram estudo em ambiente hospitalar aplicando sessões de Qigong durante 6 semanas com o objetivo de reduzir os níveis de stress dos funcionários. Concluíram que 6 semanas de Qigong reduziram significativamente os níveis de stress, bem como afirmam que é uma terapia viável e aplicável mesmo em ambiente hospitalar.

Saganha, (2012) num estudo durante 3 semanas (6 sessões de Qigong) a fisioterapeutas demonstrou o efeito positivo desta terapia.

PARTE DOIS – METODOLOGIA

Neste capítulo, propomo-nos descrever a metodologia utilizada no estudo preliminar. Faremos referência ao tipo de estudo, objetivos, questões de investigação, variáveis em análise, instrumento de recolha de dados, procedimentos formais e éticos e por último as limitações do estudo.

Este estudo está inserido no projeto “Influência do Qigong nos enfermeiros em burnout do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra” através da aplicação da escala Maslach Burnout Inventory (MBI)

1 – TIPO DE ESTUDO

Estudo prospetivo, randomizado, interventivo com grupo experimental e outro de controlo.

Os indivíduos dos dois grupos encontram-se emparelhados cumprindo o enunciado por Fortin (2009:225) “o princípio de base do emparelhamento é relativamente simples. Quando um sujeito do grupo experimental é recrutado, o investigador, para constituir o grupo de comparação, emparelha-o com um outro sujeito que apresenta as mesmas características que as variáveis determinadas ou que respondam aos mesmos critérios de seleção. A idade, a experiência, o género e as categorias socioeconómicas (...)”.

Trata-se de um estudo randomizado porque como refere a mesma autora (2009: 265) “a randomização ou repartição aleatória significa que cada participante tem uma possibilidade ou uma sorte igual de ser colocado no grupo experimental ou no grupo de controlo. Este procedimento permite igualar os grupos experimentais e de controlo de maneira a que as características individuais dos participantes estejam presentes nos dois grupos. São utilizados diferentes meios para distribuir os participantes pelos dois grupos: produção de números por computador, tabela de números aleatórios ou qualquer outro método análogo”.

O estudo divide-se em duas fases distintas:

1 - Designada como fase de pré-intervenção na qual foram entregues 500 questionários, a enfermeiros de vinte um Serviços dos CHUC.

2 – Após definido o emparelhamento dos indivíduos dos dois grupos (experimental e de controlo) com características estatísticas semelhantes, os enfermeiros do grupo experimental, serão submetidos a oito sessões de Qigong (Anexo 5) com a duração de

cinco minutos cada. Só o investigador conhece os critérios da randomização para cada participante. No término das oito sessões será aplicado a escala de avaliação do burnout MBI e um mês após respetivamente.

O grupo de controlo responderá ao questionário, em simultâneo com o grupo experimental, ou seja após as 8 sessões de Qigong, cumprindo o enunciado por Fortin (2009:266) “O desenho antes-após com grupo de controlo, compõe-se pelo menos de dois grupos de sujeitos equivalentes tomados de uma mesma população e repartidos de forma aleatória nos grupos experimental e de controlo. Um só grupo é submetido à intervenção”.

O estudo desenvolve-se nos meses de setembro a novembro de 2013.

2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Surge como principal questão de investigação: **“Qual a influência do Qigong nos enfermeiros em burnout do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra?”**.

A partir desta questão foram elaboradas outras questões, nomeadamente: Qual a prevalência do burnout nos enfermeiros dos CHUC antes e após a prática de Qigong? Qual a prevalência do burnout nos enfermeiros em grupo de controlo? Qual a eficácia da prática de Qigong nos enfermeiros em burnout?

3 - OBJETIVOS

OBJECTIVO PRINCIPAL

Avaliar a influência do Qigong nos enfermeiros em Burnout dos CHUC.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

1. Avaliar a prevalência do burnout nos enfermeiros através da aplicação da escala específica (Maslach Burnout Inventory – MBI) antes e após as sessões de Qigong (White Ball);
2. Avaliar se a prática de Qigong diminui os scores relativos às dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal;
3. Avaliar a prevalência dos níveis do burnout nos enfermeiros em grupo de controlo;

-
4. Servir de estudo preliminar sobre as intervenções resultantes da prática de Qigong, segundo o Modelo de Heidelberg.

4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

4.1- POPULAÇÃO ALVO

O Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra comporta 2.698 Enfermeiros distribuídos por 167 Serviços de 5 Entidades Hospitalares (HUC, MDM e os CHC que integra três Unidades hospitalares: Hospital Geral, Hospital Pediátrico e Maternidade Bissaya Barreto).

4.2 – AMOSTRA

Optou-se por uma amostra aleatória definida por sorteio, após a elaboração de uma lista dos Serviços dos CHUC pelo que todos os serviços tiveram a mesma probabilidade de serem sorteados e não há repetição. (Fortin 2009)

Sendo assim, a amostra comporta enfermeiros de vinte um Serviços dos CHUC num total de 900, aos quais foram entregues aleatoriamente 500 questionários tendo sido recebido 191. Estamos perante uma amostra com erro máximo de 5.6% para um grau de confiança de 95%.

No entanto para realização da segunda fase do estudo, dos 191 enfermeiros que constituíram a amostra, 71 enfermeiros (37.2%) revelaram scores de exaustão emocional alta (score superior a 26) e destes 27 referenciaram a sua não participação na fase experimental pelo que a amostra final é de 44 enfermeiros distribuídos pelo grupo experimental e de controlo emparelhados por características semelhantes que foram comprovadas estatisticamente.

4.3 – CRITÉRIOS DE ELETIVIDADE

Critérios de inclusão: Assinar consentimento informado; Enfermeiros dos CHUC; Preenchimento dos itens da escala MBI; Ter score superior a 26 (Emotional Exhaustion – MBI); Nunca ter praticado Qigong ou outro tipo de exercícios energéticos.

Critérios de exclusão: Incumprimento do protocolo total de tratamento; Doenças do foro psiquiátrico; Falta de consentimento escrito.

5 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O primeiro instrumento é um inventário de dados sócio-demográfico que contempla as seguintes variáveis: género, idade, estado civil, filhos, passatempos, habilitações académicas, anos de profissão, categoria profissional, vínculo laboral, tempo de serviço, horas de trabalho semanal, horário de trabalho.

O segundo instrumento, para a avaliação do burnout foi aplicado a escala MBI (Maslach & Jackson, 1996), que na sua versão original, é composto por 22 itens acerca de sentimentos relacionados com o trabalho, distribuídos por três escalas: Exaustão Emocional, com nove itens; Despersonalização, com cinco itens e Realização Pessoal, com oito itens. A resposta é dada sobre a frequência com que cada sentimento ocorre numa escala ordinal de sete posições entre Nunca (0) e Todos os dias (6). (Anexo 4)

6 - CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA MBI

A fiabilidade da escala MBI foi estudada através do cálculo da respetiva consistência, ou seja, estimámos a homogeneidade dos itens que constituem cada uma das suas dimensões. Quanto maior é a consistência interna do instrumento, mais os enunciados dos itens estão correlacionados entre si e maior é a sua homogeneidade. O método utilizado consistiu na determinação do coeficiente alpha de Cronbach, cujos valores podem variar entre 0 e 1. Para este coeficiente, valores maiores, ou seja, mais próximos de 1 são interpretados como reveladores de escalas ou dimensões com consistência interna mais elevada.

De acordo com a maioria dos autores, nomeadamente Nunnally citado por Maroco e Garcia-Maques (2006), resultados iguais ou superiores a 0,70 revelam uma boa consistência interna. Alguns autores consideram, ainda, que são aceitáveis valores iguais ou superiores a 0.60, principalmente quando o número de itens envolvidos é reduzido, DeVellis também citado por Maroco e Garcia-Maques (2006).

Como podemos observar pelo Quadro 2 observamos valores compreendidos entre 0.739, na despersonalização, e 0.895 na exaustão emocional. Estes resultados permitem-nos concluir que a escala apresenta boa consistência interna e, consequentemente, revelou ser fiável.

Quadro 2 - Coeficiente alfa de Cronbach observado para as dimensões da escala MBI

Dimensão	Resultados do coeficiente alfa de Cronbach
Exaustão emocional	0.895
Despersonalização	0.739
Realização pessoal	0.803

7 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A premissa para iniciar a realização do estudo assenta, numa primeira fase, na solicitação de autorizações necessárias à obtenção da aprovação pela Comissão de Ética do ICBASUP (Anexo 1) e pelo Conselho de administração dos CHUC (Anexo 2).

Igual modo o consentimento livre e esclarecido impõe o respeito pela pessoa e pela escolha esclarecida e que assenta no princípio segundo o qual toda a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir livremente, com todo o conhecimento de causa, de participar ou não participar num estudo (Anexo 3).

Relativamente à aplicação do instrumento MBI foram asseguradas todas as disposições necessárias para proteger os direitos e princípios de todos aqueles que participaram na investigação, como, o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e a um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após todo o processo (Fortin, 2009).

No que respeita às sessões de Qigong e para que estas decorressem de forma honesta e profissional, procurou-se um ambiente de tranquilidade e de conforto, que permitisse ao participante um momento de descontração/reflexão.

8- VARIÁVEIS EM ESTUDO

A operacionalização de variáveis é o processo através do qual se encontra a mensuração e classificação das variáveis e representa a sua tradução em conceitos mensuráveis, em indicadores e devem cumprir dois requisitos fundamentais: fidelidade e validade.

-
- 1 - Variáveis que caracterizam a amostra: sexo, idade, estado civil, filhos passatempos, habilitações académicas.
 - 2 - Variáveis Dependentes: Dimensões do burnout – exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.
 - 3 - Variáveis Independentes: Anos de exercício profissional, categoria profissional, vínculo laboral, serviço, horário de trabalho.

9- TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento estatístico tem como objetivo organizar, clarificar e atribuir uma significação aos dados colhidos de modo a apresentá-los como um todo integrado, lógico e compreensível.

Para organizar e sistematizar a informação contida nos dados e obter resultados descritivos e inferenciais recorreremos ao programa de tratamento estatístico designado por Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) na versão 20.0 de 2012.

No estudo recorreremos a técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, nomeadamente, apresentação em quadros de frequências (absolutas e percentuais), medidas de tendência central (média aritmética e mediana), medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão) e, ainda, aos testes estatísticos Kolmogorov-Smirnov (como teste de normalidade), Qui-quadrado, exato de Fisher e Mann-Whitney.

Na escolha dos testes atendemos às características das variáveis em estudo e às recomendações apresentadas por Maroco (2007) e Pestana e Gageiro (2005). A opção por testes não paramétricos justifica-se pelo tamanho das amostras e, principalmente, pelo facto de, em algumas situações, as variáveis apresentarem distribuições de frequências que se afastavam significativamente da curva normal.

Em todos os testes foi fixado o valor 0.050 como limite de significância, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando a probabilidade do erro tipo I (probabilidade de rejeição da hipótese nula quando ela é verdadeira) era inferior àquele valor ($p < 0.050$).

10 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Importa reconhecer algumas limitações inerentes a este estudo.

1. Relacionada com a gestão do tempo dado abrangência da temática: vasta bibliografia sobre a síndrome do burnout, mas raros estudos sobre Burnout e Qigong;
2. Relacionada com inexperiência do investigador nomeadamente na utilização da tecnologia para recolha e seleção dos conteúdos científicos;
3. A liberdade versus responsabilidade que como investigadores imprimimos quer ao tempo e local de preenchimento, quer no momento de entrega, acarretou uma demora na recolha final dos questionários, apesar de sensibilizações periódicas junto dos sujeitos a inquirir. Pensamos que esta limitação pode ser justificada pelo facto de alguns atores do estudo trabalharem por turnos e por isso, tardarem ou mesmo não responderam diminuindo a taxa de retorno, ou ainda por a nossa aplicação se ter iniciado em pleno período de férias;
4. Imperatividade temporal dado a dimensão do estudo, visto se tratar de um estudo experimental com grupo de controlo, em que a segunda fase deste se encontra em desenvolvimento pelo que se apresentam dados preliminares.

PARTE TRÊS – RESULTADOS OBTIDOS

1 - ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo procedemos à análise e apresentação dos dados obtidos através da aplicação do instrumento de colheita que elaboramos.

Efetuámos, primeiramente, a análise dos dados referentes à amostra total, constituída por 191 enfermeiros, após a qual realizámos o estudo idêntico tendo por base a subamostra de 44 elementos, dos quais foram formados dois grupos emparelhados no sentido do desenvolvimento do trabalho experimental e posterior comparação dos resultados.

1.1 - AMOSTRA TOTAL

Os dados e resultados que constituem o Quadro 3 e 3.1 permitem-nos conhecer as principais características sociodemográficas da amostra total.

Como podemos constatar, cerca de 3 em cada 4 enfermeiros, concretamente 75.4%, eram do sexo feminino.

Os inquiridos apresentavam idades compreendidas entre 26 e 58 anos, sendo a idade média 37.45 anos com desvio padrão 7.32 anos. Verificamos, ainda, que 36.1% dos elementos da amostra tinham entre 30 e 35 anos, seguindo-se 22.0% que tinham entre 35 e 40 anos e 13.1% que pertenciam ao grupo etário dos 40 aos 45 anos. Metade dos enfermeiros tinha, no máximo, 36.00 anos (idade mediana) e a distribuição de resultados afastou-se significativamente de uma distribuição normal ou gaussiana ($p = 0.000$).

Relativamente às habilitações literárias, constatamos que quase todos os elementos da amostra, concretamente 91.6%, possuíam a licenciatura.

No que concerne ao estado civil, constatamos que a maioria dos enfermeiros, concretamente 61.3%, referiu ser casado(a) ou viver em união de facto, seguidos de 31.4% que eram solteiros.

Verificamos, também, que 55.8% tinham filhos e que, destes 106 enfermeiros, 56.2% referiram ter 2 ou 3 filhos.

Quadro 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	144	75.4
Masculino	47	24.5
Idade		
< 30	17	8.7
[30 – 35[	69	36.1
[35 – 40[	42	22.0
[40 – 45[	25	13.1
[45 – 50[	20	10.5
[50 – 55[	15	7.9
≥ 55	3	1.6
$\bar{x} = 37.45$; $Md = 36.00$; $s = 7.32$; $x_{min} = 26.00$; $x_{max} = 58.00$; $p = 0.000$		
Habilitações académicas		
Bacharel	5	2.6
Licenciatura	175	91.6
Mestrado	11	5.8
Doutoramento	-	0.0
Estado civil		
Solteiro(a)	60	31.4
Casado(a) / União de facto	117	61.3
Divorciado(a) / Separado(a)	14	7.3
Viúvo(a)	-	0.0
Tem filhos		
Não	84	44.2
Sim	106	55.8
Número de filhos		
1	45	42.9
2 – 3	59	56.2
≥ 4	1	1.0

Questionados acerca do facto de terem, ou não passatempos (Quadro 3.1), 64.75% dos inquiridos responderam afirmativamente e os passatempos mais frequentes eram: a prática de desporto (48.8%), a leitura (22.0%), a pintura (13.8%), a ida ao cinema (8.9%) ou ver televisão (8.1%), a música (5.7%) e a agricultura a caça/pesca, ambas com a percentagem de 4.1%.

Relativamente ao tempo semanal dedicado ao lazer (Quadro 3.1), verificamos que os enfermeiros referiram valores compreendidos entre 0.00 e 48.00 horas, sendo o valor médio 13.16 horas com desvio padrão 10.15 horas. Constatou-se, ainda, que 22.9% referiram tempos de lazer entre 10 e 15 horas, seguidos de 22.4% que referiram tempos entre 5 e 10 horas. Metade dos elementos inquiridos afirmou que dedicava ao lazer, pelo menos, 10 horas por semana mas a distribuição de frequências desta variável afasta-se significativamente de uma curva normal ($p = 0.000$).

Quadro 3.1 -Caraterização sociodemográfica da amostra (continuação)

Variável	n	%
Passatempo		
Não	67	35.3
Sim	123	64.7
Tipo de passatempo		
Desporto	60	48,8
Leitura	27	22,0
Pintura	17	13,8
Ir ao cinema	11	8,9
Ver televisão	10	8,1
Música	7	5,7
Agricultura	5	4,1
Caça/Pesca	5	4,1
Bombeiros Voluntários	4	3,3
Artesanato	4	3,3
Fotografia	3	2,4
Jardinagem	3	2,4
Esta com as pessoas que me são especiais	2	1,6
Passear o cão	2	1,6
Internet	2	1,6
Passear os filhos	2	1,6
Cozinhar	2	1,6
Fazer ponto cruz	2	1,6
Viajar	2	1,6
Jogos de Estratégia	1	0,8
Escutismo	1	0,8
Geocatching	1	0,8
Ir às compras	1	0,8
Ir à praia	1	0,8
Não fazer nada	1	0,8
Informática	1	0,8
Dormir	1	0,8
Tempo de lazer por semana (horas)		
< 5	32	17.0
[5 – 10[	42	22.4
[10 – 15[	43	22.9
[15 – 20[	26	13.8
[20 – 25[	26	13.8
≥ 25	19	10.1
$\bar{x} = 13.16$; $Md = 10.00$; $s = 10.15$; $x_{min} = 0.00$; $x_{máx} = 48.00$; $p = 0.000$		

Quanto às caraterísticas profissionais da amostra total (Quadros 4, 4.1 e 4.2) verificamos, pela análise dos resultados (Quadros 4, 4.1 e 4.2) que os enfermeiros apresentavam tempos de exercício profissional compreendidos entre 3.08 e 38.00 anos, tendo como valor médio 14.64 anos e desvio padrão de 3.08 anos. Constatamos, também, que 30.9% referiram tempos compreendidos entre 5 e 10 anos, seguidos de 24.6% que indicaram valores entre 15 e 20 anos e de 22.0% cujos tempos de exercício se situaram entre 10 e 15 anos. Metade dos inquiridos referiu tempos de exercício iguais ou inferiores a 13.00 anos e a distribuição de frequências para esta variável afastou-se significativamente de uma distribuição normal ($p = 0.000$).

Relativamente à categoria profissional, contactamos que 49.7% dos profissionais ocupavam a categoria de Enfermeiro, seguidos de 40.3% que eram Enfermeiros Graduados.

O tempo na atual categoria profissional situou-se entre 1.33 e 30.00 anos, sendo o valor médio 10.76 anos com desvio padrão 4.87 anos. Constatou-se, ainda, que 48.6% dos elementos da amostra referiram tempos entre 5 e 10 anos, seguindo-se 26.9% que indicaram tempos entre 10 e 15 anos. Metade dos enfermeiros afirmou que estava na atual categoria há, pelo menos, 9.75 anos e constata-se que a distribuição de frequências não pode ser considerada como seguindo uma curva normal ($p = 0.000$).

Verificamos, também, que 90.6% dos enfermeiros inquiridos afirmaram que possuíam vínculo laboral definitivo e que na amostra eram constituída por enfermeiros que trabalhavam em 21 serviços, estando mais representados a Medicina Intensiva (25.7%), a Cirurgia B (15.7%), a Otorrinolaringologia (6.8%), a Unidade de Transplantes Hepáticos (6.3%) e a Dermatologia (5.2%).

Quadro 4 - Caraterização profissional da amostra

Variável	n	%
Tempo de exercício profissional (anos)		
< 5	5	2.6
[5 – 10[	59	30.9
[10 – 15[	42	22.0
[15 – 20[	47	24.6
[20 – 25[	19	9.9
[25 – 30[	12	6.3
≥ 30	7	3.7
$\bar{x} = 14.64$; $Md = 13.00$; $s = 7.02$; $x_{\min} = 3.08$; $x_{\max} = 38.00$; $p = 0.000$		
Categoria profissional		
Enfermeiro	95	49.7
Enfermeiro Graduado	77	40.3
Enfermeiro Especialista	16	8.4
Enfermeiro Chefe	3	1.6
Tempo na mesma categoria profissional (anos)		
< 5	9	9.6
[5 – 10[	85	48.6
[10 – 15[	47	26.9
[15 – 20[	24	13.7
[20 – 25[	7	4.0
≥ 25	3	1.7
$\bar{x} = 10.76$; $Md = 9.75$; $s = 4.87$; $x_{\min} = 1.33$; $x_{\max} = 30.00$; $p = 0.000$		
Vínculo laboral		
Precário	18	9.4
Definitivo	173	90.6

Relativamente ao tempo de trabalho no atual serviço, constata-se que os enfermeiros indicaram valores compreendidos entre 0.25 anos (3 meses) e 34.75 anos, sendo a média 10.47 anos com desvio padrão 6.05 anos. Os dados revelam, também, que 28.5% dos enfermeiros referiram tempos entre 5 e 10 anos, seguidos de 27.4% que indicaram valores entre 10 e 15 anos e de 20.4% que disseram que trabalhavam no atual serviço há menos de 5 anos. Metade dos elementos da amostra referiu tempos iguais ou inferiores a 10.00 anos e a distribuição de frequência pode ser considerada como seguindo uma curva de Gauss ou normal ($p = 0.200$).

Quadro 4.1 - Caracterização profissional da amostra (Continuação)

Variável	n	%
Serviço onde trabalha atualmente		
Medicina Intensiva	49	25.7
Cirurgia B	30	15.7
Otorrinolaringologia	13	6.8
Unidade de Transplantes Hepáticos	12	6.3
Dermatologia	10	5.2
Neurologia	8	4.2
Infecciosas	8	4.2
Unidade de Cuidados Paliativos Agudos	8	4.2
Nefrologia	8	4.2
Urgências	8	4.2
UCIC	7	3.7
Bloco Operatório de Oftalmologia	6	3.1
Psiquiatria	5	2.6
Hematologia	4	2.1
Serviço de Cuidados Intensivos	4	2.1
Neurologia	3	1.6
Cirurgia Vascular	2	1.0
Ginecologia	2	1.0
Pneumologia	2	1.0
Recobro Anestésico	1	0.5
Medicina D	1	0.5
Tempo de trabalho no atual serviço (anos)		
< 5	38	20.4
[5 – 10[	53	28.5
[10 – 15[	51	27.4
[15 – 20[	32	17.2
[20 – 25[	8	4.3
≥ 25	4	2.2
$\bar{x} = 10.47$; $Md = 10.00$; $s = 6.05$; $x_{\min} = 0.25$; $x_{\max} = 34.75$; $p = 0.200$		

A maioria dos elementos da amostra concretamente 84.3%, afirmou que trabalhava por turnos. Quando questionados acerca do tempo total de trabalho por turnos obtivemos 175 respostas que indicaram valores compreendidos entre 0.75 anos (9 meses) e 38.00 anos. O tempo médio situou-se nos 13.44 anos com desvio padrão 6.74 anos. Verificamos, também, que 32.6% referiram tempos entre 5 e 10 anos, seguidos de 25.7% que

indicaram valores entre 10 e 15 anos e de 22.3% cujos tempo total de trabalho por turnos se situou entre 15 e 20 anos. Metade dos inquiridos indicaram, pelo menos, 12.00 anos e distribuição de frequências não pode ser considerada normal ($p = 0.000$).

No que concerne ao tempo de trabalho semanal, em horas, verificamos que cerca de 3 em cada 4 enfermeiros (74.3%) indicaram valores entre as 35 e as 40 horas. Em média os enfermeiros trabalhavam 37.24 horas por semana, sendo o desvio padrão 5.79 horas por semana. Os valores indicados pelos enfermeiros inquiridos situaram-se entre 20.00 e 60.00 horas de trabalho por semana mas metade deles indicaram tempos até 35 horas. A distribuição de frequências não pode ser considerada normal ($p = 0.000$).

Quadro 4.2 - Caraterização profissional da amostra (Continuação)

Variável	n	%
Tipo de horário		
Fixo	27	14.1
Turnos	161	84.3
Tempo total de trabalho por turnos (anos)		
< 5	8	4.6
[5 – 10[	57	32.6
[10 – 15[	45	25.7
[15 – 20[	39	22.3
[20 – 25[	14	8.0
[25 – 30[	7	4.0
≥ 30	5	2.8
$\bar{x} = 13.44$; $Md = 12.00$; $s = 6.74$; $x_{\min} = 0.75$; $x_{\max} = 38.00$; $p = 0.000$		
Tempo de trabalho por semana (horas)		
< 35	6	3.1
[35 – 40[	142	74.3
[40 – 45[	22	11.6
≥ 45	21	11.0
$\bar{x} = 37.24$; $Md = 35.00$; $s = 5.79$; $x_{\min} = 20.00$; $x_{\max} = 60.00$; $p = 0.000$		
Tempo de lazer por semana (horas)		
< 5	32	17.0
[5 – 10[	42	22.4
[10 – 15[	43	22.9
[15 – 20[	26	13.8
[20 – 25[	26	13.8
≥ 25	19	10.1
$\bar{x} = 13.16$; $Md = 10.00$; $s = 10.15$; $x_{\min} = 0.00$; $x_{\max} = 48.00$; $p = 0.000$		

Tendo por base a aplicação da escala MBI e os pontos de corte referenciados pelo autor foi-nos possível classificar os enfermeiros inquiridos quanto ao nível de exaustão emocional, despersonalização e realização profissional e, também, ao nível do burnout que evidenciavam (Quadro 1).

Os resultados que constituem o Quadro 5 permitem-nos verificar que, em termos de exaustão emocional, foram observados resultados compreendidos entre 0.00 e 49.00 pontos, sendo o valor médio 23.00 pontos com desvio padrão 10.80 pontos. Metade dos

enfermeiros inquiridos apresentou resultados iguais ou superiores a 22.00 pontos e a distribuição de frequências dos resultados segue uma curva normal ($p = 0.200$). Verificamos, ainda, que 37.2% dos enfermeiros revelaram níveis altos de exaustão emocional e que os restantes se distribuíram equitativamente pelos níveis moderado (31.4%) e baixo (31.4%).

Quanto à despersonalização, constatou-se que a maioria dos inquiridos, exatamente 66.5% evidenciou baixo nível e que, apenas, 13.1% apresentaram nível elevado. Os resultados observados situaram-se entre 0.00 e 22.00 pontos, sendo a média 5.44 pontos com desvio padrão 5.26 pontos. Metade dos enfermeiros obteve, nesta dimensão, no máximo 3.00 pontos e a distribuição de frequências dos resultados não pode ser considerada como seguindo uma curva normal ($p = 0.000$).

Ao nível da realização pessoal, observaram-se resultados compreendidos entre 15.00 e 48.00 pontos, sendo o valor médio 34.83 pontos com desvio padrão 7.42 pontos. Metade dos elementos da amostra obteve, nesta dimensão, pontuações iguais ou superiores a 36.00 pontos e a distribuição de frequências afastou-se significativamente da curva normal ($p = 0.000$). Verificamos, também, que 37.7% dos enfermeiros apresentaram resultados que nos levaram a classificá-los como tendo baixo nível de realização pessoal, seguindo-se 31.9% que foram situados no nível moderado e dos restantes 30.4% que evidenciaram alto nível de realização pessoal.

Em termos globais, verificou-se que 45.5% dos enfermeiros revelaram níveis do burnout moderados, seguindo-se 34.0% que apresentaram níveis baixos. Com nível alto do burnout foram classificados 20.4% dos enfermeiros inquiridos.

Quadro 5 - Resultados da aplicação da escala MBI

Dimensão	n	%
Exaustão emocional		
Baixo	60	31.4
Moderado	60	31.4
Alto	71	37.2
$\bar{x} = 23.00$; $Md = 22.00$; $s = 10.80$; $x_{\min} = 0.00$; $x_{\max} = 49.00$; $p = 0.200$		
Despersonalização		
Baixo	127	66.5
Moderado	39	20.4
Alto	25	13.1
$\bar{x} = 5.44$; $Md = 3.00$; $s = 5.26$; $x_{\min} = 0.00$; $x_{\max} = 22.00$; $p = 0.000$		
Realização pessoal		
Baixo	72	37.7
Moderado	61	31.9
Alto	58	30.4
$\bar{x} = 34.83$; $Md = 36.00$; $s = 7.42$; $x_{\min} = 15.00$; $x_{\max} = 48.00$; $p = 0.000$		
Nível do burnout		
Baixo	65	34.0
Moderado	87	45.5
Alto	39	20.4

1.2 - GRUPO EXPERIMENTAL / GRUPO DE CONTROLO

Seguidamente, apresentamos os resultados relativos à subamostra de 44 enfermeiros a partir da qual foram constituídos os dois grupos emparelhados (experimental e controlo) e os testes comparativos, com o objetivo de justificar e comprovar a validade desse mesmo emparelhamento.

Relativamente às caraterísticas sociodemográficas (Quadro 6 e 6.1) podemos constatar que nos dois grupos a percentagem de enfermeiros do sexo feminino é igual (90.9%). O teste exato de Fisher ($p = 1.000$).

As idades são dos enfermeiros dos dois grupos são semelhantes predominando o grupo etário dos 30 aos 35 anos (54.6%; 50.0%). A equivalência entre os dois grupos é confirmada pela não existência de diferenças estatisticamente significativas ($z = -0.083$; $p = 0.934$).

Quanto às habilitações literárias, verificamos que predominam em ambos os grupos os enfermeiros com licenciatura (90.9%; 86.4%) e, considerando, apenas, os dois grupos mais representativos (licenciatura e mestrado) o teste exato de Fisher revelou a não existência de diferenças estatisticamente significativas ($p = 1.000$).

Relativamente ao estado civil verificamos que em ambos os grupos são mais frequentes os enfermeiros casados ou que vivem em união de facto (59.1%; 50.0%) seguidos dos solteiros (36.4%; 40.9%). Comparando estas duas categorias verificamos que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 0.367$; $p = 0.545$).

No grupo experimental metade dos enfermeiros não tem filhos enquanto que, no grupo de controlo a percentagem destes casos é de 54.5%. No entanto, a aplicação do teste do Qui-quadrado revelou que a diferença não é estatisticamente significativa ($\chi^2 = 0.091$; $p = 0.763$). Em termos do número de filhos verificamos que, nos dois grupos predominam os enfermeiros com 2 ou 3 filhos, sendo as percentagens de 72.7%, no grupo experimental, e de 60.0%, no grupo de controlo. O teste de Mann-Whitney revelou que as diferenças observadas não eram estatisticamente significativas ($z = -1.109$; $p = 0.268$) pelo que os podemos considerar os dois grupos equivalentes.

Quadro 6 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Grupo	Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Sexo					
Feminino		20	90.9	20	90.9
Masculino		2	9.1	2	9.1
Teste de Fisher: $p = 1.000$					
Idade					
< 30		-	0.0	1	4.5
[30 – 35[		12	54.6	11	50.0
[35 – 40[		4	18.2	4	18.2
[40 – 45[		4	18.2	2	9.1
[45 – 50[		1	4.5	3	13.8
≥ 50		1	4.5	1	4.5
Grupo experimental: $\bar{x} = 36.09$; Md = 33.50 ; s = 6.32 ; $x_{\min} = 31.00$; $x_{\max} = 54.00$; $p = 0.001$					
Grupo controlo: $\bar{x} = 36.41$; Md = 34.00 ; s = 6.64 ; $x_{\min} = 27.00$; $x_{\max} = 51.00$; $p = 0.049$					
Teste Mann-Whitney $z = -0.083$; $p = 0.934$					
Habilitações académicas					
Bacharel		-	0.0	1	4.5
Licenciatura		20	90.9	19	86.4
Mestrado		2	9.1	2	9.1
Doutoramento		-	0.0	-	-
Teste de Fisher: $p = 1.000$					
Estado civil					
Solteiro(a)		8	36.4	9	40.9
Casado(a) / União de facto		13	59.1	11	50.0
Divorciado(a) / Separado(a)		1	4.5	2	9.1
Viúvo(a)		-	0.0	-	0.0
Teste do Qui-quadrado: $\chi^2 = 0.367$; $p = 0.545$					
Tem filhos					
Não		11	50.0	12	54.5
Sim		11	50.0	10	45.5
Teste do Qui-quadrado: $\chi^2 = 0.091$; $p = 0.763$					
Número de filhos					
1		2	18.2	4	40.0
2 – 3		8	72.7	6	60.0
≥ 4		1	9.1	-	0.0
Teste Mann-Whitney $z = -1.109$; $p = 0.268$					

Em termos do facto dos enfermeiros terem, ou não, passatempos, verificamos que a situação é igual nos dois grupos em estudo, predominando, em ambos, os que responderam afirmativamente (59.1%). O teste do Qui-quadrado confirmou a total equivalência dos grupos ($\chi^2 = 0.000$; $p = 1.000$). Relativamente ao tipo de passatempo, no grupo experimental predomina a leitura (38.5%), o ver televisão (23.1%) e o não fazer nada (23.1%). No grupo de controlo a maioria dos enfermeiros referiu a leitura (61.5%), seguidos das idas ao cinema (23.1%). A dispersão de respostas não permitiu a comparação estatística das respostas. No entanto, a relevância deverá ser dada ao facto dos enfermeiros terem, ou não, passatempos e não tanto ao tipo de atividades que desenvolvem nesses momentos.

Quanto ao tempo de lazer por semana verificamos que em ambos os grupos predominam os valores até 15 horas. Pese o facto dos elementos do grupo experimental terem referido menor tempo dedicado ao lazer, a diferença entre os dois grupos não é estatisticamente significativa como comprova a aplicação do teste de Mann-Whitney ($z = -0.699$; $p = 0.848$). Atendendo a este facto, podemos concluir que os dois grupos também são equivalentes quanto a esta aspeto.

Quadro 6.1 - Caraterização sociodemográfica da amostra (continuação)

Variável	Grupo	Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Passatempo					
Não		9	40.9	9	40.9
Sim		13	59.1	13	59.1
Teste do Qui-quadrado: $\chi^2 = 0.000$; $p = 1.000$					
Tipo de passatempo					
Leitura		5	38.5	8	61.5
Pintura		2	15.4	2	15.4
Ir ao cinema		-	0.0	1	7.7
Ver televisão		3	23.1	3	23.1
Música		1	7.7	-	0.0
Caça/Pesca		-	0.0	1	7.7
Artesanato		-	0.0	1	7.7
Jardinagem		2	15.4	1	7.7
Passear os filhos		1	7.7	-	0.0
Cozinhar		1	7.7	-	0.0
Fazer ponto cruz		-	0.0	1	7.7
Viajar		1	7.7	1	7.7
Jogos de estratégia		1	7.7	-	0.0
Ir às compras		1	7.7	-	0.0
Não fazer nada		3	23.1	1	7.7
Dormir		1	7.7	-	0.0
Tempo de lazer por semana (horas)					
≤ 5		6	27.3	4	18.2
$[5 - 10[$		5	22.7	5	22.7
$[10 - 15[$		4	18.2	8	36.4
$[15 - 20[$		3	13.6	1	4.5
$[20 - 25[$		3	13.6	-	0.0
≥ 25		1	4.5	4	18.2
Grupo experimental:		$\bar{x} = 10.18$; $Md = 9.00$; $s = 8.40$; $x_{\min} = 0.00$; $x_{\max} = 30.00$; $p = \mathbf{0.040}$			
Grupo controlo:		$\bar{x} = 13.64$; $Md = 10.00$; $s = 13.49$; $x_{\min} = 2.00$; $x_{\max} = 48.00$; $p = \mathbf{0.000}$			
Teste Mann-Whitney		$z = -0.699$; $p = 0.484$			

No que respeita às características profissionais (Quadro 7, 7.1 e 7.2) verificamos que em ambos os grupos predominam os elementos que referiram tempos entre 5 e 10 anos (40.9% em ambos os grupos), seguidos dos que indicaram tempos entre 10 e 15 anos (22.7%; 18.2%) e dos que referiram tempos entre 15 e 20 anos (em ambos os grupos com percentagem de 18.2%). As diferenças observadas são pouco relevantes e não são estatisticamente significativas ($z = -0.446$; $p = 0.655$).

Em ambos os grupos predominam os elementos que estavam na categoria de Enfermeiro com percentagem de 59.1%, no experimental, e de 54.5%, no de controlo. Considerando, apenas, estas duas categorias, por serem as mais representativas, aplicámos o teste do

Qui-quadrado que revelou que as diferenças observadas não eram estatisticamente significativas ($\chi^2 = 0.541$; $p = 0.462$).

No que concerne ao tempo na mesma categoria profissional, verificamos que em ambos os grupos predominam os enfermeiros que referiram valores compreendidos entre 5 e 10 anos (50.0%; 71.4%), seguindo-se aqueles que indicaram tempos entre 10 e 15 anos (18.2%; 19.0%). As diferenças observadas não são estatisticamente significativas como revela o teste de Mann-Whitney ($z = -0.498$; $p = 0.618$).

Quadro 7 - Caraterização profissional da amostra

Variável	Grupo	Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Tempo de exercício profissional (anos)					
≤ 5		-	0.0	1	4.5
[5 – 10[		9	40.9	9	40.9
[10 – 15[		5	22.7	4	18.2
[15 – 20[		4	18.2	4	18.2
[20 – 25[		3	13.7	2	9.1
≥ 25		1	4.5	2	9.1
Grupo experimental:	$\bar{x} = 13.69$; $Md = 10.54$; $s = 6.26$; $x_{\min} = 6.00$; $x_{\max} = 32.00$; $p = \mathbf{0.006}$				
Grupo controlo:	$\bar{x} = 13.66$; $Md = 11.33$; $s = 6.68$; $x_{\min} = 5.00$; $x_{\max} = 28.33$; $p = \mathbf{0.041}$				
Teste Mann-Whitney	$z = -0.446$; $p = 0.655$				
Categoria profissional					
Enfermeiro		13	59.1	12	54.5
Enfermeiro Graduado		6	27.3	9	40.9
Enfermeiro Especialista		2	9.1	-	0.0
Enfermeiro Chefe		1	4.5	1	4.5
Teste do Qui-quadrado:	$\chi^2 = 0.541$; $p = 0.462$				
Tempo na mesma categoria profissional (anos)					
≤ 5		2	9.1	-	0.0
[5 – 10[		11	50.0	15	71.4
[10 – 15[		4	18.2	4	19.0
[15 – 20[		2	9.1	1	4.8
≥ 20		3	13.6	1	4.8
Grupo experimental:	$\bar{x} = 10.62$; $Md = 9.71$; $s = 5.38$; $x_{\min} = 2.00$; $x_{\max} = 20.83$; $p = \mathbf{0.048}$				
Grupo controlo:	$\bar{x} = 9.90$; $Md = 9.42$; $s = 3.54$; $x_{\min} = 6.00$; $x_{\max} = 20.75$; $p = \mathbf{0.005}$				
Teste Mann-Whitney	$z = -0.498$; $p = 0.618$				

Nos dois grupos, a maioria dos enfermeiros apresentavam um vínculo laboral definitivo, sendo a percentagem de 86.4%. O teste exato de Fisher confirma a total equivalência entre os dois grupos ($p = 1.000$).

Os enfermeiros do grupo experimental trabalhavam em 13 serviços diferentes, enquanto que, os do grupo de controlo trabalhavam, apenas, em sete serviços. A dispersão de respostas não permitiu a comparação estatística entre os dois grupos.

Em ambos os grupos predominavam os enfermeiros com tempo de trabalho no atual serviço compreendido entre 5 e 15 anos e as diferenças observadas não têm significado

estatístico, ou seja, a aplicação do teste de Mann-Whitney revela que as diferenças não são estatisticamente significativas ($z = -0.669$; $p = 0.504$).

Quanto ao tipo de horário, em ambos os grupos a maioria dos enfermeiros trabalhava por turnos sendo as percentagens destes casos 86.4% e 81.6%, respetivamente para o grupo experimental e de controlo. O teste de Fisher revelou que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($p = 1.000$).

Quadro 7.1 - Caracterização profissional da amostra (continuação)

Variável	Grupo	Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Vínculo laboral					
Precário		3	13.6	3	13.6
Definitivo		19	86.4	19	86.4
Teste de Fisher: $p = 1.000$					
Serviço onde trabalha atualmente					
Cirurgia B		1	4.5	1	4.5
Cirurgia Vascular		2	9.1	-	0.0
Dermatologia		1	4.5	2	9.1
Gastroenterologia		1	4.5	6	27.3
Ginecologia		1	4.5	1	4.5
Hematologia		2	9.1	2	9.1
Infecciosas		1	4.5	-	0.0
Neurologia		1	4.5	-	0.0
Otorrinolaringologia		2	9.1	4	18.2
Unidade de Cuidados Paliativos Agudos		1	4.5	-	0.0
Recobro anestésico		1	4.5	-	0.0
Medicina Intensiva		7	31.8	6	27.3
Unidade de Transplante Hepático		1	4.5	-	0.0
Tempo de trabalho no atual serviço (anos)					
≤ 5		3	14.3	4	18.2
[5 – 10[		10	47.6	7	31.8
[10 – 15[		7	33.3	8	36.4
≥ 15		1	4.8	3	13.6
Grupo experimental:	$\bar{x} = 9.04$; $Md = 9.42$; $s = 3.65$; $x_{\min} = 1.50$; $x_{\max} = 16.00$; $p = 0.656$				
Grupo controlo:	$\bar{x} = 10.46$; $Md = 9.71$; $s = 5.65$; $x_{\min} = 2.00$; $x_{\max} = 27.33$; $p = 0.068$				
Teste Mann-Whitney	$z = -0.669$; $p = 0.504$				
Tipo de horário					
Fixo		3	13.6	4	18.2
Turnos		19	86.4	18	81.8
Teste de Fisher: $p = 1.000$					

Em termos de tempo total de trabalho por turnos, verificamos que, no grupo experimental 45.0% dos enfermeiros referiram tempos entre 5 e 10 anos, seguidos de 30.0% que indicaram tempos entre 10 e 15 anos. No grupo de controlo, 44.4% dos enfermeiros indicaram valores entre 5 e 10 anos, seguindo-se 22.2% que referiram tempos entre 15 e 20 anos. As diferenças que se observaram entre os dois grupos não podem ser consideradas estatisticamente significativas, como evidencia o teste de Mann-Whitney ($z = -0.759$; $p = 0.762$).

Em ambos os grupos predominavam os enfermeiros que trabalhavam entre 35 e 40 horas por semana, sendo as percentagens de 59.1% e 77.3%, respetivamente para o experimental e para o de controlo. Também nesta variável as diferenças observadas não podem ser consideradas estatisticamente significativas ($z = -1.491$; $p = 0.136$).

Quadro 7.2 - Caraterização profissional da amostra (continuação)

Variável	Grupo	Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Tempo total de trabalho por turnos (anos)					
≤ 5		-	0.0	1	5.6
[5 – 10[		9	45.0	8	44.4
[10 – 15[		6	30.0	3	16.6
[15 – 20[		2	10.0	4	22.2
[20 – 25[		3	15.0	1	5.6
≥ 25		-	0.0	1	5.6
Grupo experimental:	$\bar{x} = 12.34$; $Md = 10.17$; $s = 5.25$; $x_{\min} = 6.00$; $x_{\max} = 24.00$; $p = \mathbf{0.001}$				
Grupo controlo:	$\bar{x} = 12.59$; $Md = 10.71$; $s = 6.19$; $x_{\min} = 3.00$; $x_{\max} = 28.33$; $p = 0.294$				
Teste Mann-Whitney	$z = -0.759$; $p = 0.762$				
Tempo de trabalho por semana (horas)					
≤ 35		1	4.5	1	4.5
[35 – 40[		13	59.1	17	77.3
≥ 40		8	36.4	4	18.2
Grupo experimental:	$\bar{x} = 37.73$; $Md = 35.00$; $s = 5.45$; $x_{\min} = 25.00$; $x_{\max} = 50.00$; $p = \mathbf{0.001}$				
Grupo controlo:	$\bar{x} = 35.59$; $Md = 35.00$; $s = 4.37$; $x_{\min} = 20.00$; $x_{\max} = 45.00$; $p = \mathbf{0.000}$				
Teste Mann-Whitney	$z = -1.491$; $p = 0.136$				

Analisando os dados e resultados que constituem o Quadro 8 podemos constatar que, em ambos os grupos, todos os enfermeiros evidenciaram altos níveis de exaustão emocional e a aplicação do teste de Mann-Whitney revela que, em termos de valores, as diferenças não são estatisticamente significativas ($z = -0.035$; $p = 0.972$).

Em termos de despersonalização, verifica-se que no grupo experimental são mais representativos os enfermeiros com níveis, baixo e moderado (ambos com a percentagem de 36.4%). No grupo de controlo, predominam os enfermeiros com nível baixo. A análise comparativa dos valores observados revela que as diferenças não são estatisticamente significativas ($z = -0.648$; $p = 0.517$).

Quanto à realização pessoal, verificamos que no grupo experimental eram mais frequentes os enfermeiros com níveis baixo (36.4%) e moderado (36.4%) enquanto que, no grupo de controlo predominam os enfermeiros com nível alto (50.0%). A aplicação do teste de Mann-Whitney revelou que as diferenças observadas, em termos de valores não têm significado estatístico ($z = 1.588$; $p = 0.112$).

Globalizando a informação das três dimensões pudemos classificar os enfermeiros quanto ao nível do burnout que evidenciavam. Verificamos que no grupo experimental a

maioria dos enfermeiros evidenciaram nível alto, seguidos de 22.7% que revelaram nível moderado. No grupo de controlo a situação é um pouco diferente porque 50.0% dos enfermeiros revelaram nível alto e 31.58% foram classificados como tendo nível moderado do burnout. No entanto, a aplicação do teste do Qui-quadrado revelou que as diferenças observadas entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 1.504$; $p = 0.220$).

Estes resultados permitem-nos concluir que os dois grupos são estatisticamente equivalentes em cada uma das dimensões da escala MBI e, também, no que respeita à avaliação global do nível do burnout.

Quadro 8 - Resultados da aplicação da escala MBI

Variável	Grupo	Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Exaustão emocional					
Baixo		-	0.0	-	0.0
Moderado		-	0.0	-	0.0
Alto		22	100.0	22	100.0
Grupo experimental:		$\bar{x} = 35.05$; $Md = 33.50$; $s = 6.51$; $x_{\min} = 27.00$; $x_{\max} = 49.00$; $p = 0.084$			
Grupo controlo:		$\bar{x} = 35.00$; $Md = 33.00$; $s = 6.04$; $x_{\min} = 27.00$; $x_{\max} = 46.00$; $p = \mathbf{0.035}$			
Teste Mann-Whitney		$z = -0.035$; $p = 0.972$			
Despersonalização					
Baixo		8	36.4	10	45.5
Moderado		8	36.4	6	27.3
Alto		6	27.3	6	27.3
Grupo experimental:		$\bar{x} = 9.05$; $Md = 7.00$; $s = 6.45$; $x_{\min} = 1.00$; $x_{\max} = 21.00$; $p = \mathbf{0.030}$			
Grupo controlo:		$\bar{x} = 8.09$; $Md = 7.00$; $s = 6.78$; $x_{\min} = 0.00$; $x_{\max} = 22.00$; $p = \mathbf{0.038}$			
Teste Mann-Whitney		$z = -0.648$; $p = 0.517$			
Realização pessoal					
Baixo		8	36.4	4	18.2
Moderado		8	36.4	7	31.8
Alto		6	27.3	11	50.0
Grupo experimental:		$\bar{x} = 34.32$; $Md = 36.50$; $s = 7.17$; $x_{\min} = 20.00$; $x_{\max} = 42.00$; $p = \mathbf{0.015}$			
Grupo controlo:		$\bar{x} = 31.55$; $Md = 31.50$; $s = 6.54$; $x_{\min} = 18.00$; $x_{\max} = 42.00$; $p = 0.264$			
Teste Mann-Whitney		$z = -1.588$; $p = 0.112$			
Nível do burnout					
Baixo		2	9.1	4	18.2
Moderado		5	22.7	7	31.8
Alto		15	68.2	11	50.0
Teste do Qui-quadrado:		$\chi^2 = 1.504$; $p = 0.220$			

Os dados e resultados que apresentamos no Quadro 9 permitem-nos comparar os níveis de burnout dos elementos **do grupo experimental, antes e após as férias**. Como podemos constatar, registou-se alguma diminuição em termos de exaustão emocional, após as férias, mas as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($z = -0.715$; $p = 0.474$).

Ao nível da despersonalização verificamos um ligeiro aumento após as férias mas, tal como aconteceu com a exaustão emocional, também nesta dimensão as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($z = -1.627$; $p = 0.104$).

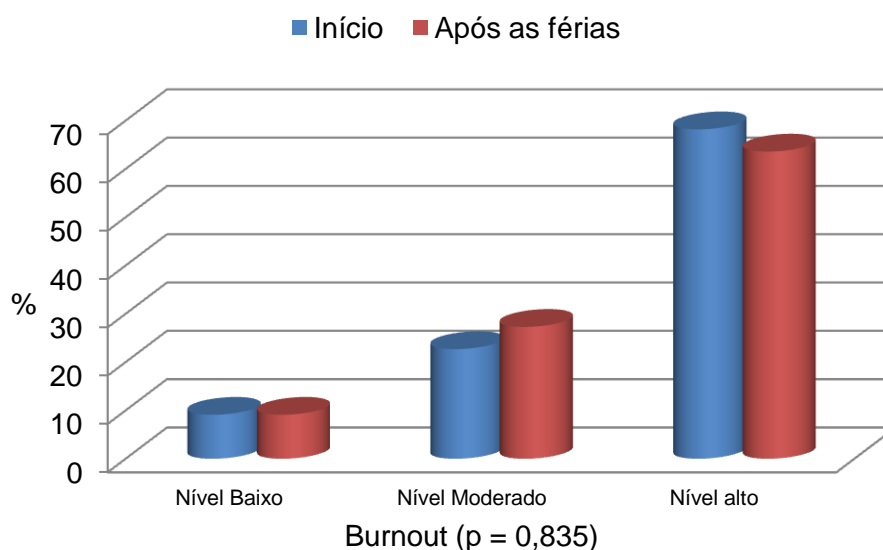
Quanto à realização pessoal, verificamos que os resultados se mantiveram praticamente inalterados e que, conseqüentemente, não se registam diferenças estatisticamente significativas ($z = -1.230$; $p = 0.219$).

Quadro 9 - Comparação dos resultados da escala MBI, antes e após as férias, para o grupo experimental

Grupo experimental Variável	Antes das férias		Após as férias	
	n	%	n	%
Exaustão emocional				
Baixo	-	0.0	2	9.1
Moderado	-	0.0	4	18.2
Alto	22	100.0	16	72.7
Antes das férias:	$\bar{x} = 35.05$; $Md = 33.50$; $s = 6.51$; $x_{\min} = 27.00$; $x_{\max} = 49.00$; $p = 0.084$			
Após as férias:	$\bar{x} = 32.27$; $Md = 36.00$; $s = 11.09$; $x_{\min} = 4.00$; $x_{\max} = 44.00$; $p = 0.012$			
Teste Wilcoxon	$z = -0.715$; $p = 0.474$			
Despersonalização				
Baixo	8	36.4	8	36.4
Moderado	8	36.4	7	31.8
Alto	6	27.3	7	31.8
Antes das férias:	$\bar{x} = 9.05$; $Md = 7.00$; $s = 6.45$; $x_{\min} = 1.00$; $x_{\max} = 21.00$; $p = 0.030$			
Após as férias:	$\bar{x} = 11.00$; $Md = 11.00$; $s = 7.02$; $x_{\min} = 0.00$; $x_{\max} = 25.00$; $p = 0.399$			
Teste Wilcoxon	$z = -1.627$; $p = 0.104$			
Realização pessoal				
Baixo	8	36.4	5	22.7
Moderado	8	36.4	9	40.9
Alto	6	27.3	8	36.4
Antes das férias:	$\bar{x} = 34.32$; $Md = 36.50$; $s = 7.17$; $x_{\min} = 20.00$; $x_{\max} = 42.00$; $p = 0.015$			
Após as férias:	$\bar{x} = 33.05$; $Md = 33.00$; $s = 7.07$; $x_{\min} = 18.00$; $x_{\max} = 48.00$; $p = 0.948$			
Teste Wilcoxon	$z = -1.230$; $p = 0.219$			
Nível de burnout				
Baixo	2	9.1	2	9.1
Moderado	5	22.7	6	27.3
Alto	15	68.2	14	63.6
Teste da homogeneidade marginal: $p = 0.835$				

Em termos globais, (Gráfico 1) verificamos que os níveis de burnout se mantiveram praticamente inalterados e que a maioria dos elementos do grupo experimental manteve o nível alto, sendo a percentagem 68.2%, antes das férias, e 63.6%, após as férias. A aplicação do teste de homogeneidade marginal reforçou a conclusão de que as férias não alteraram significativamente os níveis de burnout ($p = 0.835$).

Gráfico 1. Níveis de Burnout no início e após as férias (grupo experimental)



Os dados e resultados que constituem o Quadro 10 permitem-nos conhecer o efeito da **terapia de Qigong sobre os níveis de burnout** dos elementos do grupo experimental. Como podemos constatar, em termos de exaustão emocional, verificou-se uma redução estatisticamente significativa ($z = -3.826$; $p = 0.000$) dos níveis apresentados inicialmente. Antes da aplicação da terapia todos os elementos apresentaram nível alto de exaustão emocional, no final, constatamos que 55.0% dos indivíduos evidenciaram nível moderado e que 15.0% revelaram nível baixo. Apenas 30.0% dos elementos mantiveram os níveis altos de exaustão emocional. Os níveis médios e medianos revelam, também, a diminuição dos valores de exaustão emocional após a aplicação da terapia.

Registamos, ainda, alguma diminuição dos níveis de despersonalização evidenciados pelos elementos deste grupo. No entanto, a diferença observada não se pode considerar estatisticamente significativa ($z = -0.546$; $p = 0.585$).

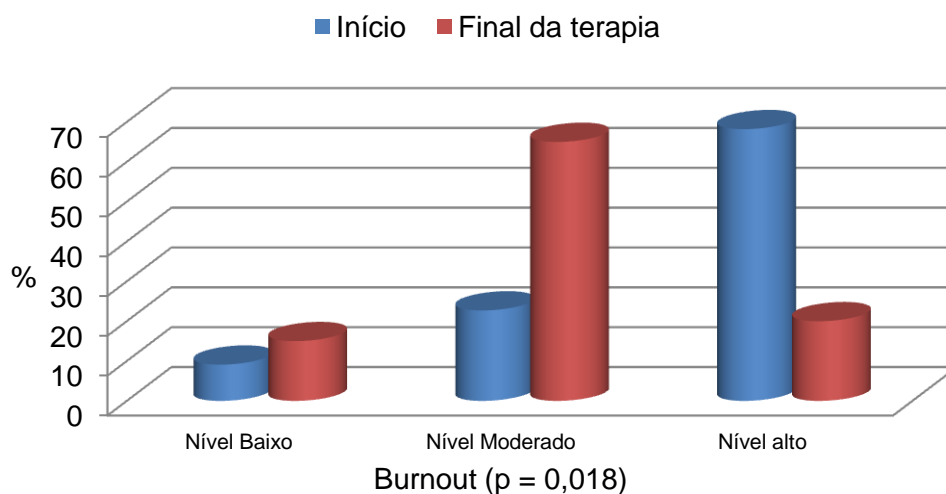
Ao nível da realização pessoal, verificamos um ligeiro aumento que não pode ser considerado estatisticamente significativo ($z = -0.323$; $p = 0.747$).

Globalmente, verificamos pelo Gráfico 2 que, antes da aplicação da terapia, 68.2% dos elementos deste grupo apresentavam alto nível de burnout. Após a aplicação do programa de tratamento, a maioria dos indivíduos, concretamente 65.0%, revelaram nível moderado de burnout. O teste de homogeneidade marginal revelou que as diferenças observadas entre os dois momentos de avaliação do burnout são estatisticamente significativas ($p = 0.018$).

Quadro 10 - Comparação dos resultados da escala MBI, inicial e final, para o grupo experimental

Grupo experimental Variável	Inicial		Final	
	n	%	n	%
Exaustão emocional				
Baixo	-	0.0	3	15.0
Moderado	-	0.0	11	55.0
Alto	22	100.0	6	30.0
Inicial:	$\bar{x} = 35.05$; $Md = 33.50$; $s = 6.51$; $x_{\min} = 27.00$; $x_{\max} = 49.00$; $p = 0.084$			
Final:	$\bar{x} = 22.60$; $Md = 21.00$; $s = 8.60$; $x_{\min} = 2.00$; $x_{\max} = 38.00$; $p = 0.334$			
Teste Wilcoxon	$z = -3.826$; $p = 0.000$			
Despersonalização				
Baixo	8	36.4	10	50.00
Moderado	8	36.4	7	35.00
Alto	6	27.3	3	15.00
Inicial:	$\bar{x} = 9.05$; $Md = 7.00$; $s = 6.45$; $x_{\min} = 1.00$; $x_{\max} = 21.00$; $p = 0.030$			
Final:	$\bar{x} = 7.70$; $Md = 6.50$; $s = 5.13$; $x_{\min} = 2.00$; $x_{\max} = 20.00$; $p = 0.011$			
Teste Wilcoxon	$z = -0.546$; $p = 0.585$			
Realização pessoal				
Baixo	8	36.4	4	20.0
Moderado	8	36.4	8	40.0
Alto	6	27.3	8	40.0
Inicial:	$\bar{x} = 34.32$; $Md = 36.50$; $s = 7.17$; $x_{\min} = 20.00$; $x_{\max} = 42.00$; $p = 0.015$			
Final:	$\bar{x} = 33.65$; $Md = 35.00$; $s = 6.24$; $x_{\min} = 23.00$; $x_{\max} = 47.00$; $p = 0.481$			
Teste Wilcoxon	$z = -0.323$; $p = 0.747$			
Nível de burnout				
Baixo	2	9.1	3	15.0
Moderado	5	22.7	13	65.0
Alto	15	68.2	4	20.0
Teste da homogeneidade marginal: $p = 0.018$				

Gráfico 2. Níveis de Burnout no início e no final da terapia do grupo experimental



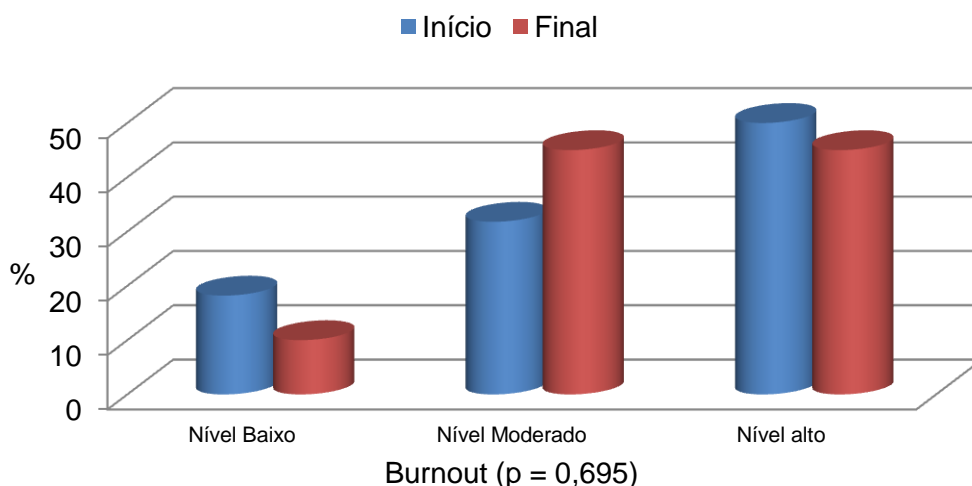
No grupo de controlo, a comparação entre os níveis de burnout inicial e final não revela a existência de diferenças estatisticamente significativas (Quadro 11) quer em termos de exaustão emocional ($z = -1.672$; $p = 0.094$), quer na despersonalização ($z = -0.114$; $p = 0.909$) ou na realização pessoal ($z = -0.327$; $p = 0.743$).

Quadro 11 - Comparação dos resultados da escala MBI, inicial e final, para o grupo de controlo

Grupo controlo Variável	Inicial		Final	
	n	%	n	%
Exaustão emocional				
Baixo	-	0.0	2	10.0
Moderado	-	0.0	7	35.0
Alto	22	100.0	11	55.0
Inicial:	$\bar{x} = 35.00$; $Md = 33.00$; $s = 6.04$; $x_{\min} = 27.00$; $x_{\max} = 46.00$; $p = 0.035$			
Final:	$\bar{x} = 29.80$; $Md = 28.50$; $s = 11.82$; $x_{\min} = 6.00$; $x_{\max} = 54.00$; $p = 0.843$			
Teste Wilcoxon	$z = -1.672$; $p = 0.094$			
Despersonalização				
Baixo	10	45.5	10	50.0
Moderado	6	27.3	6	30.0
Alto	6	27.3	4	20.0
Inicial:	$\bar{x} = 8.09$; $Md = 7.00$; $s = 6.78$; $x_{\min} = 0.00$; $x_{\max} = 22.00$; $p = 0.038$			
Final:	$\bar{x} = 8.15$; $Md = 6.50$; $s = 6.41$; $x_{\min} = 0.00$; $x_{\max} = 21.00$; $p = 0.049$			
Teste Wilcoxon	$z = -0.114$; $p = 0.909$			
Realização pessoal				
Baixo	4	18.2	4	20.0
Moderado	7	31.8	8	40.0
Alto	11	50.0	8	40.0
Inicial:	$\bar{x} = 31.55$; $Md = 31.50$; $s = 6.54$; $x_{\min} = 18.00$; $x_{\max} = 42.00$; $p = 0.264$			
Final:	$\bar{x} = 32.40$; $Md = 32.00$; $s = 6.89$; $x_{\min} = 18.00$; $x_{\max} = 45.00$; $p = 0.880$			
Teste Wilcoxon	$z = -0.327$; $p = 0.743$			
Nível de burnout				
Baixo	4	18.2	2	10.0
Moderado	7	31.8	9	45.0
Alto	11	50.0	9	45.0
Teste da homogeneidade marginal: $p = 0.695$				

Em termos globais, também não se constatou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de burnout iniciais e finais do grupo de controlo ($p = 0.695$) (Gráfico 3).

Gráfico 3. Níveis de Burnout no início e no final do grupo de controlo



Os dados e resultados que constituem o Quadro 12 permitem-nos constatar que na **avaliação do burnout, quatro semanas** após o término das sessões de Qigong, os elementos do grupo experimental evidenciaram níveis de exaustão emocional significativamente inferiores aos apresentados pelos elementos do grupo de controlo ($z = -2.153$; $p = 0.031$).

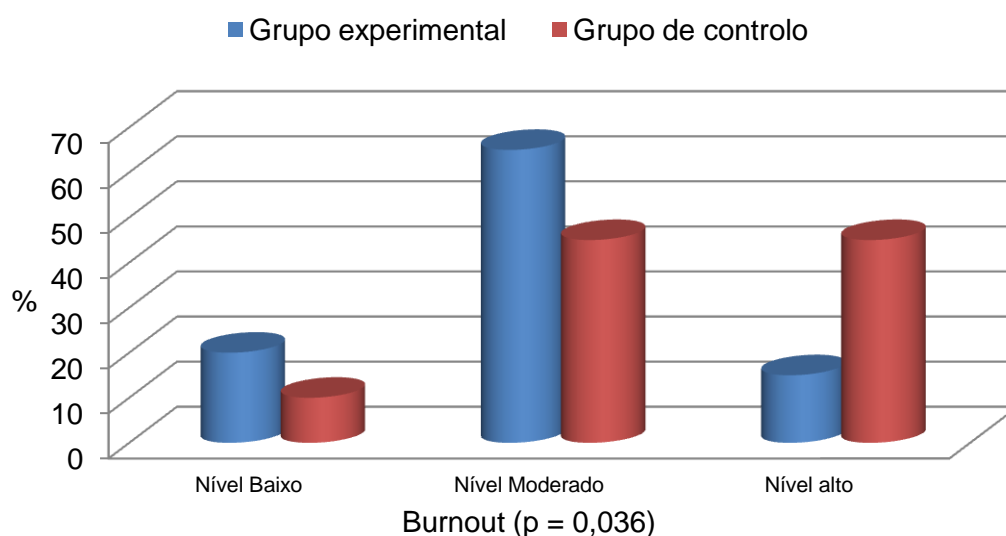
Em termos dos níveis de despersonalização ($z = -0.027$; $p = 0.978$) e de realização pessoal ($z = -0.461$; $p = 0.645$) os dois grupos evidenciaram resultados semelhantes não sendo significativas as diferenças observadas.

No global, verificamos pelo Gráfico 4 que os elementos que constituíam o grupo experimental apresentaram níveis de burnout inferiores aos evidenciados pelos indivíduos do grupo de controlo, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($p = 0.036$).

Quadro 12 - Resultados da aplicação da escala MBI, no final do estudo

Grupo Variável	Experimental		Controlo	
	n	%	n	%
Exaustão emocional				
Baixo	3	15.0	2	10.0
Moderado	11	55.0	7	35.0
Alto	6	30.0	11	55.0
Grupo experimental:	$\bar{x} = 22.60$; $Md = 21.00$; $s = 8.60$; $x_{\min} = 2.00$; $x_{\max} = 38.00$; $p = 0.334$			
Grupo controlo:	$\bar{x} = 24.27$; $Md = 28.50$; $s = 11.82$; $x_{\min} = 6.00$; $x_{\max} = 54.00$; $p = 0.843$			
Teste Mann-Whitney	$z = -2.153$; $p = 0.031$			
Despersonalização				
Baixo	10	50.0	10	50.0
Moderado	7	35.0	6	30.0
Alto	3	15.0	4	20.0
Grupo experimental:	$\bar{x} = 7.70$; $Md = 6.50$; $s = 5.13$; $x_{\min} = 2.00$; $x_{\max} = 20.00$; $p = 0.011$			
Grupo controlo:	$\bar{x} = 5.15$; $Md = 6.50$; $s = 6.41$; $x_{\min} = 0.00$; $x_{\max} = 21.00$; $p = 0.049$			
Teste Mann-Whitney	$z = -0.027$; $p = 0.978$			
Realização pessoal				
Baixo	4	20.0	4	20.0
Moderado	8	40.0	8	40.0
Alto	8	40.0	8	40.0
Grupo experimental:	$\bar{x} = 33.65$; $Md = 35.00$; $s = 6.24$; $x_{\min} = 23.00$; $x_{\max} = 47.00$; $p = 0.481$			
Grupo controlo:	$\bar{x} = 29.17$; $Md = 32.00$; $s = 6.89$; $x_{\min} = 17.00$; $x_{\max} = 45.00$; $p = 0.880$			
Teste Mann-Whitney	$z = -0.461$; $p = 0.645$			
Nível de burnout				
Baixo	4	20.0	2	10.0
Moderado	13	65.0	9	45.0
Alto	3	15.0	9	45.0
Teste do Qui-quadrado:	$\chi^2 = 4.394$; $p = 0.036$			

Gráfico 4. Níveis de Burnout do grupo experimental e do grupo de controlo no final do estudo



No Quadro 13 apresentamos os resultados obtidos ao **comparar os níveis de burnout dos elementos do grupo experimental, no início e quatro semanas** após a aplicação da terapia. Como podemos constatar, registou-se uma diminuição em termos de exaustão emocional, quatro semanas após a aplicação da terapia, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ($z = -3.734$; $p = 0.000$).

Na despersonalização verificamos uma ligeira diminuição nos resultados após quatro semanas do fim da terapia mas, ao contrário do que aconteceu com a exaustão emocional, nesta dimensão as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($z = -1.677$; $p = 0.094$).

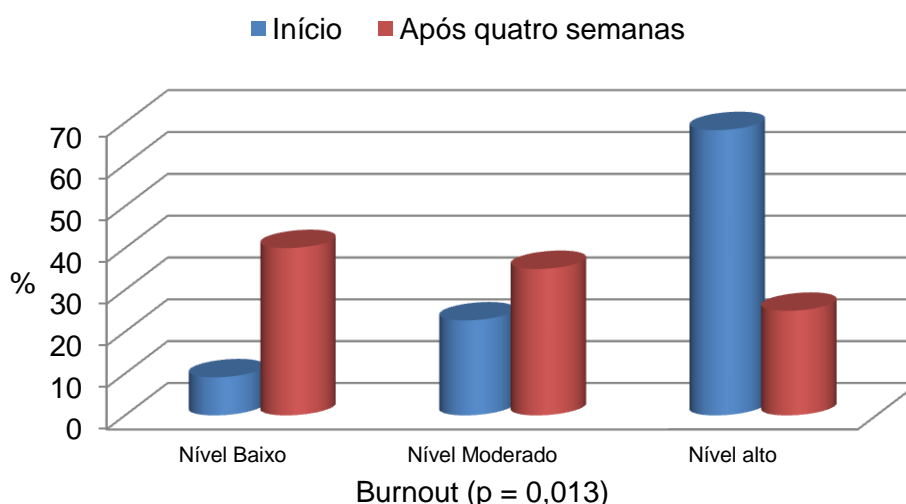
Quanto à realização pessoal, verificamos que os resultados se mantiveram praticamente inalterados e que, consequentemente, não se registam diferenças estatisticamente significativas ($z = -0.056$; $p = 0.955$).

Verificamos através do Gráfico 5 que os níveis de burnout diminuíram significativamente face à situação inicial e que a maioria dos elementos do grupo experimental, quatro semanas após a aplicação da terapia, apresentou níveis baixo (40.0%) ou moderado (35.0%) enquanto que, no início, a maioria (68.2%) apresentou nível elevado de burnout. A diferença é estatisticamente significativa ($p = 0.013$).

Quadro 13 - Comparação dos resultados da escala MBI, antes e após quatro semanas de terminar a terapia, para o grupo experimental

Grupo experimental Variável	Inicial		Após quatro semanas	
	n	%	n	%
Exaustão emocional				
Baixo	-	0.0	8	40.0
Moderado	-	0.0	5	25.0
Alto	22	100.0	7	35.0
Inicial: $\bar{x} = 35.05$; $Md = 33.50$; $s = 6.51$; $x_{\min} = 27.00$; $x_{\max} = 49.00$; $p = 0.084$ Após quatro semanas: $\bar{x} = 21.05$; $Md = 18.50$; $s = 9.98$; $x_{\min} = 3.00$; $x_{\max} = 36.00$; $p = 0.166$ Teste Wilcoxon $z = -3.734$; $p = 0.000$				
Despersonalização				
Baixo	8	36.4	12	60.0
Moderado	8	36.4	6	30.0
Alto	6	27.3	2	10.0
Antes das férias: $\bar{x} = 9.05$; $Md = 7.00$; $s = 6.45$; $x_{\min} = 1.00$; $x_{\max} = 21.00$; $p = 0.030$ Após quatro semanas: $\bar{x} = 5.95$; $Md = 5.50$; $s = 4.11$; $x_{\min} = 1.00$; $x_{\max} = 15.00$; $p = 0.171$ Teste Wilcoxon $z = -1.677$; $p = 0.094$				
Realização pessoal				
Baixo	8	36.4	6	30.0
Moderado	8	36.4	8	40.0
Alto	6	27.3	6	30.0
Antes das férias: $\bar{x} = 34.32$; $Md = 36.50$; $s = 7.17$; $x_{\min} = 20.00$; $x_{\max} = 42.00$; $p = 0.015$ Após quatro semanas: $\bar{x} = 34.10$; $Md = 34.50$; $s = 5.42$; $x_{\min} = 24.00$; $x_{\max} = 43.00$; $p = 0.715$ Teste Wilcoxon $z = -0.056$; $p = 0.955$				
Nível de burnout				
Baixo	2	9.1	8	40.0
Moderado	5	22.7	7	35.0
Alto	15	68.2	5	25.0
Teste da homogeneidade marginal: $p = 0.013$				

Gráfico 5. Valores médios do grupo experimental no início e quatro semanas após terminar a terapia



A análise do Quadro 14 permite-nos constatar que o efeito da terapia de Qigong sobre os níveis de burnout dos elementos do grupo experimental tende a perdurar ao longo do tempo, ou seja, verificamos que os resultados da exaustão emocional e da despersonalização tenderam a diminuir mas a diferença não é estatisticamente significativa ($z = -1.280$; $p = 0.201$) em termos de exaustão emocional mas é-o ao nível

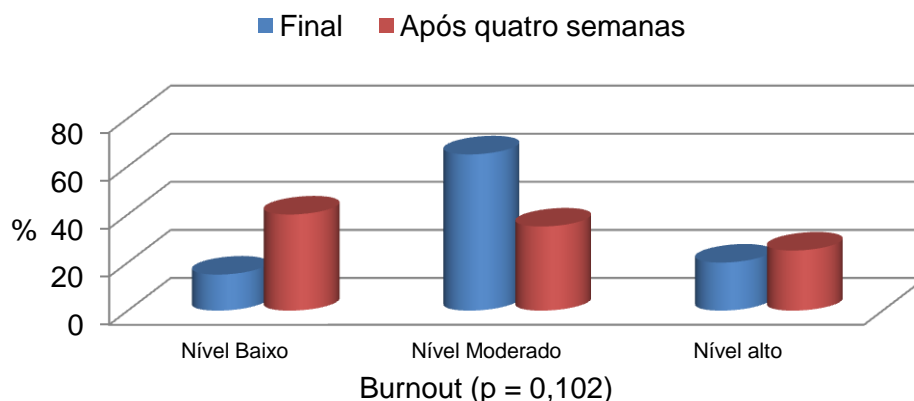
da despersonalização ($z = -2.032$; $p = 0.042$). Quanto à realização pessoal, as diferenças não são estatisticamente significativas ($z = -0.026$; $p = 0.979$).

Quadro 14 - Comparação dos resultados da escala MBI, no final e após quatro semanas de terminar a terapia, para o grupo experimental

Grupo experimental Variável	Final		Após quatro semanas	
	n	%	n	%
Exaustão emocional				
Baixo	3	15.0	8	40.0
Moderado	11	55.0	5	25.0
Alto	6	30.0	7	35.0
Final:	$\bar{x} = 22.60$; $Md = 21.00$; $s = 8.60$; $x_{\min} = 2.00$; $x_{\max} = 38.00$; $p = 0.334$			
Após quatro semanas:	$\bar{x} = 21.05$; $Md = 18.50$; $s = 9.98$; $x_{\min} = 3.00$; $x_{\max} = 36.00$; $p = 0.166$			
Teste Wilcoxon	$z = -1.280$; $p = 0.201$			
Despersonalização				
Baixo	10	50.00	12	60.0
Moderado	7	35.00	6	30.0
Alto	3	15.00	2	10.0
Final:	$\bar{x} = 7.70$; $Md = 6.50$; $s = 5.13$; $x_{\min} = 2.00$; $x_{\max} = 20.00$; $p = 0.011$			
Após quatro semanas:	$\bar{x} = 5.95$; $Md = 5.50$; $s = 4.11$; $x_{\min} = 1.00$; $x_{\max} = 15.00$; $p = 0.171$			
Teste Wilcoxon	$z = -2.032$; $p = 0.042$			
Realização pessoal				
Baixo	4	20.0	6	30.0
Moderado	8	40.0	8	40.0
Alto	8	40.0	6	30.0
Final:	$\bar{x} = 33.65$; $Md = 35.00$; $s = 6.24$; $x_{\min} = 23.00$; $x_{\max} = 47.00$; $p = 0.481$			
Após quatro semanas:	$\bar{x} = 34.10$; $Md = 34.50$; $s = 5.42$; $x_{\min} = 24.00$; $x_{\max} = 43.00$; $p = 0.715$			
Teste Wilcoxon	$z = -0.026$; $p = 0.979$			
Nível de burnout				
Baixo	3	15.0	8	40.0
Moderado	13	65.0	7	35.0
Alto	4	20.0	5	25.0
Teste da homogeneidade marginal: $p = 0.102$				

Em termos globais, Valores médios do grupo experimental no final e quatro semanas após terminar a terapia não evidenciam a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p = 0.102$) pelo que se reforça a conclusão de que os efeitos da terapia de Qigong tendem a perdurar ao longo do tempo (Gráfico 6).

Gráfico 6. Valores médios do grupo experimental no final e quatro semanas após terminar a terapia



Estudamos, ainda, as relações entre os níveis de burnout, nas suas dimensões e no global, e a idade, o estado civil, o facto de ter, ou não, filhos, o número de filhos, o facto de ter, ou não, passatempos, o tempo de lazer semanal e os tempos de exercício na profissão e no local de trabalho atual. Os resultados destes estudos revelaram que em nenhuma das situações se observaram relações estatisticamente significativas, ou seja, os dados sugerem que nenhuma daquelas variáveis influencia significativamente os níveis de burnout evidenciados pelos indivíduos. Por este motivo optámos por não apresentar os resultados obtidos nos estudos.

2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da análise dos resultados pudemos verificar os seguintes dados:

➤ **Amostra total**

1. Os inquiridos apresentavam idades compreendidas entre 26 e 58 anos, sendo a idade média 37.45 anos;
2. Como podemos constatar, cerca de 3 em cada 4 enfermeiros, concretamente 75.4%, eram do sexo feminino;
3. Relativamente às habilitações literárias, constatamos que quase todos os elementos da amostra, concretamente 91.6%, possuíam a licenciatura;
4. No que concerne ao estado civil, constatamos que a maioria dos enfermeiros, concretamente 61.3%, referiu ser casado(a) ou viver em união de facto;
5. Verificamos, também, que 55.8% tinham filhos e que, destes 106 enfermeiros, 56.2% referiram ter 2 ou 3 filhos;
6. Relativamente ao tempo semanal dedicado ao lazer, verificamos que os enfermeiros referiram valores compreendidos entre 0.00 e 48.00 horas, sendo o valor médio 13.16 horas;
7. Os enfermeiros apresentavam tempos de exercício profissional compreendidos entre 3.08 e 38.00 anos, tendo como valor médio 14.64 anos;
8. A maioria dos elementos da amostra, concretamente 84.3%, afirmou que trabalhava por turnos.
9. No que concerne ao tempo de trabalho semanal, em horas, verificamos que cerca de 3 em cada 4 enfermeiros (74.3%) indicaram valores entre as 35 e as 40 horas. Em média os enfermeiros trabalhavam 37.24 horas por semana;
10. Verificamos, ainda, que 37.2% dos enfermeiros revelaram níveis altos de exaustão emocional e que os restantes se distribuíram equitativamente pelos níveis moderado (31.4%) e baixo (31.4%);
11. Quanto à despersonalização, constatou-se que a maioria dos inquiridos, exatamente 66.5%) evidenciou baixo nível e que, apenas, 13.1% apresentaram nível elevado;

-
12. Verificamos, também, que 37.7% dos enfermeiros apresentaram resultados que nos levaram a classificá-los como tendo baixo nível de realização pessoal, seguindo-se 31.9% que foram situados no nível moderado e dos restantes 30.4% que evidenciaram alto nível de realização pessoal.

➤ **Grupo experimental / grupo de controlo**

1. As idades são dos enfermeiros dos dois grupos são semelhantes predominando o grupo etário dos 30 aos 35 anos (54.6%; 50.0%).
 2. Podemos constatar que nos dois grupos a percentagem de enfermeiros do sexo feminino é igual (90.9%);
 3. Quanto às habilitações literárias, verificamos que predominam em ambos os grupos os enfermeiros com licenciatura (90.9%; 86.4%)
 4. Relativamente ao estado civil verificamos que em ambos os grupos são mais frequentes os enfermeiros casados ou que vivem em união de facto (59.1%; 50.0%)
 5. Em termos do número de filhos verificamos que, nos dois grupos predominam os enfermeiros com 2 ou 3 filhos, sendo as percentagens de 72.7%, no grupo experimental, e de 60.0%, no grupo de controlo;
 6. Em ambos os grupos predominavam os enfermeiros com tempo de trabalho no atual serviço compreendido entre 5 e 15 anos;
 7. Quanto ao tipo de horário, em ambos os grupos a maioria dos enfermeiros trabalhava por turnos sendo as percentagens destes casos 86.4% e 81.6%;
 8. Em ambos os grupos predominavam os enfermeiros que trabalhavam entre 35 e 40 horas por semana, sendo as percentagens de 59.1% e 77.3%;
 9. Todos os enfermeiros evidenciaram altos níveis de exaustão emocional;
 10. Em termos de despersonalização, verifica-se que no grupo experimental são mais representativos os enfermeiros com níveis baixo e moderado (ambos com a percentagem de 36.4%). No grupo de controlo, predominam os enfermeiros com nível baixo;
 11. Quanto à realização pessoal, verificamos que no grupo experimental eram mais frequentes os enfermeiros com níveis baixo (36.4%) e moderado (36.4%),
-

enquanto que, no grupo de controlo predominam os enfermeiros com nível alto (50.0%).

Os resultados referentes à primeira fase reportam dados absolutos nas variáveis definidas, e dão resposta ao objetivo principal do estudo evidenciando que em termos globais, verificou-se que 45.5% (n=87) dos enfermeiros revelaram níveis do burnout moderados, seguindo-se 34.0% (n=65) que apresentaram níveis baixos. Com nível alto do burnout foram classificados 20.4% (n=39) dos enfermeiros inquiridos.

Estes resultados estão em concordância com o referenciado por Martin [et al] citado por Queirós (2005:62) quando refere que “o pessoal de enfermagem constitui um dos grupos laborais com risco do burnout, que mais frequentemente aparece referenciado na bibliografia”.

Aplicação da escala MBI (1) após o período de férias de verão

- Na análise dos níveis de burnout no grupo experimental no período antes e após férias constatou-se que se mantiveram praticamente inalterados e que a maioria dos elementos manteve o nível alto, sendo a percentagem 68.2%, antes das férias, e 63.6%, após as férias o que vem a corroborar com o referenciado por Gisbert (2002) quando menciona que os níveis de burnout não desaparecem com as férias.

Aplicação da escala MBI (2) ao grupo de controlo, quatro semanas após a fase inicial

- No grupo de controlo, a comparação entre os níveis de burnout inicial e final não revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas nas três dimensões.
- Contatamos que, antes da aplicação da terapia, 68.2% dos elementos do grupo experimental apresentavam nível alto de burnout. Após a aplicação das sessões de Qigong a maioria dos indivíduos, concretamente 65.0%, revelaram nível moderado de burnout.

No global, verificamos que os elementos que constituíam o grupo experimental na avaliação do burnout, quatro semanas após o término das sessões de Qigong apresentaram níveis de burnout inferiores aos evidenciados pelos indivíduos do grupo de controlo, sendo as diferenças estatisticamente significativas, o que vem corroborar com o referenciado por Mayer citado por Posadzki [et al] (2009) em que as consequências do

regular exercício da prática de Qigong são: a melhoria global do estado de saúde e a consequente longevidade.

Grupo experimental no final e quatro semanas após terminar a terapia

- Verificamos que o efeito da terapia de Qigong sobre os níveis de burnout dos elementos do grupo experimental tende a perdurar ao longo do tempo, ou seja, verificamos que os resultados da exaustão emocional e da despersonalização tenderam a diminuir porém quanto à realização pessoal, as diferenças não são estatisticamente significativas, mas é-o ao nível da despersonalização.

3 - CONCLUSÃO

É do conhecimento do senso comum e da comunidade científica que os enfermeiros referem os seus estados de cansaço associados ao stress profissional com os horários por turnos, o excesso de horas de trabalho, as mudanças organizacionais nas instituições resultando em níveis altos do burnout.

Tendo a noção que esta matéria é um aspeto sempre em desenvolvimento numa sociedade mais globalizada, tal como toda a ciência carece de intervenção ativa como a referenciada ao longo do estudo.

Mais do que constatar a evidência desses problemas torna-se premente apresentar soluções válidas e científicas, pelo que procuramos com este estudo experimental, preliminar, obter respostas relativas à influência da prática de Qigong sobre os níveis do burnout apresentados pelos enfermeiros dos CHUC.

Como referenciado até ao momento o burnout caracteriza-se por exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal. Pode avaliar-se através de diversos instrumentos sendo o Maslach Burnout Inventory (MBI) o mais utilizado. Esta síndrome tem consequências a nível individual e organizacional e está descrito como um problema de saúde laboral, com alta prevalência nos enfermeiros pela sua condição de grande vulnerabilidade, não só pelas características pessoais do profissional (idade, visão humanística da profissão) mas também pela dimensão do trabalho (organização, fragmentação das atividades, entre outros).

A resposta ao objetivo principal - avaliar a influência do Qigong nos enfermeiros em Burnout do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e à questão principal do estudo, é visível nos resultados obtidos que comprovam, que a terapia de Qigong (White Ball) contribuiu significativamente para a diminuição dos níveis de burnout, principalmente porque conduz a uma redução acentuada na exaustão emocional em particular. Podemos afirmar ainda que, os objetivos propostos foram concretizados com sucesso tendo-se obtido resultados satisfatórios.

Concluimos que os elementos que constituíam o grupo experimental apresentaram níveis de burnout inferiores aos evidenciados pelos indivíduos do grupo de controlo, sendo as diferenças estatisticamente significativas, pelo que entendemos que é necessário a implementação de medidas/estratégias ou seja intervenções organizacionais que

garantam, condições de trabalho que reduzam o desgaste físico e emocional dos seus colaboradores.

A primeira medida para evitar o aparecimento do burnout é conhecer suas manifestações. Assim é preciso que todos os enfermeiros tenham conhecimentos sobre o Síndrome do Burnout, sendo também necessário que as Organizações de Saúde implementem medidas de prevenção e tratamento a nível individual, grupal e organizacional pelo que o estudo realizado está em concordância com o estudo de Griffith [et al] (2008) podendo ser afirmado que a prática de Qigong é uma terapia viável, económica e aplicável, mesmo em ambiente hospitalar.

Esta investigação teve algumas limitações que devem ser reconhecidas. Abordamos uma terapia ainda pouco conhecida no mundo ocidental o que explica a reduzida recetividade/adesão dos enfermeiros ao estudo, acrescido do sentimento de desmotivação/descrença perante a inúmera panóplia de solicitações a que estão sujeitos sem receberem o feed-back dos estudos e propostas de resolução.

Porem, neste estudo a intervenção de Qigong duas vezes por dia, cinco minutos, durante quatro semanas teve um efeito positivo nos enfermeiros em burnout dos CHUC.

Perante os resultados obtidos e no sentido de dar continuidade ao estudo, propomos elaborar um projeto para a implementação da prática de Qigong no CHUC e que passa pela:

- Apresentação dos resultados ao Conselho de Administração e Comissão Ética dos CHUC;
- Sensibilização da Organização Hospitalar (Direção e Colaboradores), para a temática através de sessões de esclarecimento promovendo o custo/benefício da terapia:
 - ✓ Ausência de custos financeiros para a Instituição;
 - ✓ Promoção do bem-estar físico, mental e social os colaboradores.
- Promover sessões práticas de Qigong;
- Monitorização dos colaboradores envolvidos no projeto através de escala MBI e parâmetros hemodinâmicos;
- Realização de relatórios semestrais.

Em suma, podemos considerar que a prática deste tipo de Qigong (White ball) constitui uma ferramenta efetiva para o auto controlo do síndrome do burnout.

BIBLIOGRAFIA

1. AWA, Wendy L.; PLAUMANN, Martina; WALTER, Ulla - Burnout prevention: a review of intervention programs. Elsevier Ireland Ltd. Patient Education and Counseling. Vol 78, nº 2 (fev. 2010) p. 184 –190. [Consultado em 12 de Abril de 2013]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article>.
2. BENEVIDES-PEREIRA, A. – O Estado da Arte do Burnout no Brasil. Revista Eletrônica InterAção Psy. Ano 1, nº 1- (Agosto, 2003), p. 4-11. [Consultado em 10 de Abril de 2013]. Disponível em http://tupi.fisica.ufmg.br/~michel/docs/Artigos_e_textos.
3. BIRDEE, Gurjeet S. et al - T'ai Chi and Qigong for Health: Patterns of Use in the United States. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. Vol.15, nº9, (September, 2009). p. 969-973. [Consultado em 20 de agosto de 2013]. Disponível em <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/acm.2009.0174?journalCode=acm>.
4. CARLOTTO, Mary Sandra; CÂMARA, Sheila Gonçalves - Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em Estudo*, Maringá, (set./dez. 2004), vol. 9, nº 3, p.499-505. [Consultado em 15 de maio de 2013]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n3/v9n3a17.pdf>.
5. CHANG, E. et al – Role Stress in Nurses: review of related factors and strategies for moving forward. Nurse Health Science, 2005, 7, p. 57-65.
6. DELBROUCK, Michel – Síndrome de Exaustão (Burnout). Lisboa: Climpsi Editores, 2006. ISBN 972-796-228-9.
7. DONG, Lui – Qi Gong – A via da calma. Cascais; Edições Pergaminho, 1º ed.,2007. ISBN 978-972-711-672-0.
8. FORTIN, Marie-Fabienne – Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidata, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.
9. FREUDENBERGER, H. J. - Burnout: Contemporary issues, trends, and concerns. In B. A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions*. New York, Pergamon Press (1983). p. 23-28.
10. GIL-MONTE, Pedro R. - El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome do burnout) en profesionales de enfermeira. Revista Eletrônica InterAção Psy. Ano 1, nº1, (Agosto, 2003), p.19-33. [Consultado em 15 de Março de 2013]. Disponível em http://tupi.fisica.ufmg.br/~michel/docs/Artigos_e_textos.

11. GISBERT, M^a - Estrés laboral en el personal sanitario. Fisioterapia 2002, vol. 24 (monografia 1). p.33-42. [Consultado em 12 de outubro 2013]. Disponível em <http://zl.elsevier.es/es/revista/fisioterapia-146/estres-laboral-personal-sanitario-13031834-articulos-2002>
12. GRETEN, Henry Johannes - Hadbuch des funktionell thedapeutischen Qigong-I diagnosengerechte Ubungspraxis. In: HandBook of functional therapeutic Qigong I exercises according to diagnosis. 2009. ISBN 978-3-939087-11-3.
13. GRETEN, Henry Johannes – Burnout syndrome from the perspective of scientific Chinese Medicine. Unrevised draft version, 2013.
14. GRETEN, Henry Johannes – Chinesische medizin als vegetative systembiologie. Teil I: Therapeutische verfahren. HNO: 2011. Vol, 59 (Dece. 2011). p. 1160-1164.
15. GRETEN, Henry Johannes – Clinical Subjects - Scientific Chinese Medicine – the Heidelberg Model. Heidelberg School Editions – 1st ed. 2007, unrev. course version. 5^o ed. 2011. ISBN 978-3-939087-06-9.
16. GRETEN, Henry Johannes - Clinical Subjects – Scientific Chinese Medicine – The Heidelberg Model . Heidelberg School Editions, Heidelberg, 1st ed. 2008 4th rev. and enl. ed. 2010. ISBN 978-3-939087-06-9.
17. GRETEN, Henry Johannes - Kursbuch Traditionelle Chinesische Medizin (Textbook of TCM) Thieme, Stuttgart – New York, 2nd ed. 2007.
18. GRETEN, Henry Johannes - Understanding TCM – Scientific Chinese Medicine – The Heidelberg Model. Heidelberg School Editions, Heidelberg, 1st ed. 2007 4th rev. and enl. ed. 2010. ISBN 978-3-939087-07-6.
19. GRIFFITH, Jay M.; HASLEY Joseph P.; LIU, Hong; SEVERN, Daniel G.; CONNER Latoya H.; ADLER, Lawrence E. - Qigong stress reduction in hospital staff. Journal of Alternative and Complementary Medicine. Vol. 14, nº 8 (out. 2008). p. 939-945. [Consultado em 20 de Maio de 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3152799/>.
20. HEMPEN, Carl-Hermann - Pocket Atlas of Acupuncture (Complementary Medicine). German: THIEME, 2006. ISBN 3-13-141721-8.
21. LAN C.; CHOU S. W.; CHEN S. Y.; LAI J. S., WONG M. K. - The Aerobic Capacity and Ventilatory Efficiency During Exercise in Qigong and Tai Chi Chuan Practitioners. The American Journal of Chinese Medicine. Vol. 32, nº1 (2004).p. 141–150.
22. LEE, Myeong Soo; PITTLER, Max H.; ERNST Edzard - Internal Qigong for Pain Conditions: A Systematic Review. Elsierv. (Fev.2009). P. 1-21 [Consultado em 20 de

-
- Julho de 2013]. Disponível em <https://www.google.pt/#q=lee+m.s+international+Qigong+for+pain+condition>.
23. LEE; Myeong Soo; JANG J. W; JANG H.S.; MOON S.R. - Effects of Qi-therapy on blood pressure, pain and psychological symptoms in the elderly: a randomized controlled pilot trial. Vol 11, nº 3 (Set,2003). P.159-64. [Consultado em 20 de Julho de 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Effects+of+Qi-therapy>.
 24. LEITER, M. P. - Burnout as a developmental process: consideration of models. In: SCHAUFELI W. B.; MASLACH C.; MAREK T. - Professional Burnout – Recent Development in Theory and Research. United States of America, Taylor Francis. 1993.
 25. LEITER, M. P.; MASLACH, Christina - The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. Journal of Organizational Behaviour. Vol. 9, 1988. P. 297-308.
 26. LOPES, Carolina Colleta Pereira; RIBEIRO, Taynah Piovesan; MARTINHO, Neudson Johnson - Síndrome do burnout e sua relação com a ausência de qualidade de vida no trabalho do enfermeiro. Enfermagem em Foco. Vol. 3, nº 2 (2012). ISSN 2177-4285. P. 97-101. [Consultado em 18 maio de 2013]. Disponível em <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/264/151>.
 27. LOUREIRO, Helena [et al] – Burnout no trabalho. Revista de Enfermagem Referencia. II série, nº 7 (out. 2008). ISSN 0874-0283. p, 33-41. [Consultado em 15 junho de 2013]. Disponível em <http://www.scielo>.
 28. MAROCO, João – Análise estatística – com utilização do SPSS. Lisboa: Edições Silabo Lda, 2007. ISBN 972-972-618-452-2.
 29. MAROCO; João; GARCIA-MARQUES, Teresa - Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? Laboratório de Psicologia, 2006. Vol.4, nº1. p. 65-90. [Consultado em 18 de Setembro de 2013]. Disponível em [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204\(1\)%20-%2065-90.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204(1)%20-%2065-90.pdf)
 30. MASLACH, Chrisitna; LEITER, M.; SHAUFELI, W. – Measuring Burnout. Cartwright, 2008, ISBN 978–0–19–921191–3.
 31. MASLACH, Christina – The client role in staff burnout. Journal of Social Issues. Vol. 34, nº4 (1978). P. 111-125.
 32. MASLACH, Christina; JACKSON, SUSAN E. - The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour, Vol. 2, 99-113 (1981). [Consultado em 15 de maio de 2013]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002>.
-

33. MASLACH, Christina; JACKSON, Susan. E.; LEITER, Michael P.; - Maslach Burnout Inventory. (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1996
34. MASLACH, Christina; JACKSON, Susanne E. - The Maslach Burnout Inventory. Manual (2ª ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, (1986).
35. MATOS, Luís Carlos S. A. F. - Mensurabilidade dos Efeitos da Prática de Qigong por Termografia de Infravermelhos e Medição da Diferença de Potencial Eléctrico. Tese Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa, (2011). [Consultado em 20 de agosto de 2013]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt>.
36. OLIVEIRA, Vanessa; PEREIRA, Telmo - Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros - Impacto do trabalho por turnos. Revista de Enfermagem Referência. III Série, nº 7 (Jul. 2012). ISSN 0874-0283. P. 43 – 54. [Consultado em 15 junho de 2013]. Disponível em <http://www.scielo>.
37. ORDEM DOS ENFERMEIROS - O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril).
38. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Estratégia da Organização Mundial de sobre Medicina Tradicional 2002–2005. [Consultado em 20 de Julho de 2013]. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf
39. PACHECO. P.- Burnout e coping em profissionais de saúde. *Revista Investigação em Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0874-7695. Nº 16, (2007). P. 32-41.
40. PESTANA, Maria Helena; GAGUEIRO, João Nunes - Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Silabo Lda, 2005. ISBN 972-618-391-X.
41. PINES, A. - Burnout: an existential perspective. In: SCHAUFELI W. B.; MASLACH C.; MAREK T. - Professional Burnout – Recent Development in Theory and Research. United States of America, Taylor & Francis. 1993.
42. PINTO, A. – Burnout versus stress: Investigação em profissionais. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 20, nº 240, (2008). P.6-10.
43. POSADZKI, Paul - Qi Gong and physiotherapy: A narrative review and conceptual synthesis. *European Journal of Integrative Medicine*. Vol. 1, nº3 (out.2009). p. 139–144. [Consultado em 20 de agosto de 2013]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876382009000420>.
44. QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina – Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, 2005. ISBN 972-8485-47-6.

45. RAMOS, Marco - Desafiar o Desafio, Prevenção do Stress no Trabalho. Lisboa, 1^a Edição, 2001, ISBN: 972-96897-7-6.
46. ROSA, Cristiane da; CARLLOTO Mary S. – Síndrome do burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma investigação hospitalar. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia. Rio de Janeiro. Vol. 8, n.2 (dez. 2005). ISSN 1516-0858, p. 1-15. [Consultado em 15 de maio de 2013]. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151608582005000200002&script=sci_arttext
47. SAGANHA, João Pedro et al. - Qigong therapy for physiotherapists suffering from burnout: a preliminary study. Journal of Chinese Integrative Medicine. Vol. 10, nº 11, (nov. 2012). P. 1233-1239. [Consultado em 22 de Setembro de 2013]. Disponível em <http://www.jcimjournal.com/en/showAbstrPage.aspx?articleid=jcim20121106>.
48. SANCIER, Kenneth M. - Medical Applications of Qigong. Alternative Therapies. Vol. 2, nº1 (Jan, 1996). P. 10-46. [Consultado em 20 de agosto de 2013]. Disponível em <http://qigonginstitute.org/html/papers/ken-altther1-96a.pdf>.
49. SANCIER, Kenneth M.; HOLMAN D. - Multifaceted health Benefits of Medical Qigong. Journal Alternative Medicine. vol. 10, nº 1, (2004). P.163-166. [Consultado em 20 de agosto de 2013]. Disponível em www.qigonginstitute.org.
50. SANTOS, R. - Consequência do trabalho por turnos na qualidade de vida dos enfermeiros: Um estudo empírico sobre o Hospital Pêro da Covilhã. Revista Referencia. Serie nº 2, nº8, (2008). p. 17-31.
51. SILVA, Flávia Pietá Paulo da – Burnout: Desafio à saúde do trabalhador. Revista de Psicologia Social e Institucional. ISSN 1516-4888. Vol.2, nº1. (jun. 2000). [Consultado em 20 de Julho de 2013]. Disponível em <http://www.uel.br/ccb/psicologia/revista/texto>.
52. Sousa, Claudia Maria Gomes de - "Effects of Qigong on Performance Related Anxiety and Physiological Stress Functions in Transverse Flute Music Schoolchildren - A feasibility study". Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2011. Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa. [Consultado em 20 de Julho de 2013]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57118/2/>
53. STACCIARINI, Jeanne Marie R.; TRÓCCOLI Bartholomeu T. - O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Rev. Latino-Am. Enfermagem. vol.9, nº .2. Ribeirão Preto (Mar./Apr. 2001). p. 17-25. ISSN 0104-1169. [Consultado em 20 de Julho de 2013]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11510.pdf>.
54. STENLUND, Therese Stenlund; BIRGANDER, Lisbeth Slunga; LINDAHL Bernt; NILSSON, Leif; AHLGREN Christina - Effects of qigong in patients with burnout: a

randomized controlled trial. Journal Compilation Foundation of Rehabilitation Information. Vol. 41, nº 9 (set, 2009); ISSN 1650-1977. P. 761 –767. [Consultado em 20 de Julho de 2013]. Disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19774311.

55. TSANG, Hector W. H.; FUNG, Kelvin M. T.; CHAN, AshleyS.M.; LEE, Grace; CHAN, Fong; - Effect of Qigong exercise programme on elderly with depression. International journal of Geriatric psychiatry. Vol. 21, nº9 (setembro, 2006). P.890-897. [Consultado em 20 de Julho de 2013]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002>.

56. VELEZ, C. – Gestão do stress em profissionais de saúde. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 15, nº 179, (2003). P. 10-13.

ANEXOS

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA DO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR DA
UNIVERSIDADE DO PORTO**

Influência do Qigong nos Enfermeiros em Burnout do CHUC



Parecer da Comissão de Ética do ICBAS-UP

PROJETO Nº 042/2013

Título: Influência do Qigong no tratamento de enfermeiros dos CHUC em Burnout

Investigador Responsável: António Manuel Machado Seça

Orientador: Prof. Doutor Henry Greten

Coorientadores: Prof. Doutor Jorge Machado; Mário Gonçalves e Prof. Doutor Nuno Correia

Duração do Projeto: 15 de outubro de 2013 a 30 de janeiro de 2014

A Comissão de Ética do ICBAS-UP reuniu dia 24 de setembro de 2013 no edifício do ICBAS - Sala de reuniões do Departamento de Ciências do Comportamento, na presença de Liliana de Sousa, Manuel Vilanova, Margarida Araújo, Maria Antónia Gonçalves, Maria Paula Faria e Mário Paulo Maia. Decidiu emitir parecer favorável à realização do projeto supracitado, por unanimidade.

Solicitamos que envie a esta Comissão um resumo dos resultados obtidos na sequência deste projeto.

Com os melhores cumprimentos,

Pela Comissão de Ética do ICBAS-UP,

Prof. Doutora Liliana de Sousa (presidente)

To whom it may concern,

The above project is in accordance with the Portuguese law and the ICBAS-UP Ethics Committee criteria.

**A
N
E
X
O
2**

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO
DE COIMBRA**

Influência do Qigong nos Enfermeiros em Burnout do CHUC

António Manuel Machado Seça
Lugar do Mourão – Tentúgal
3140-580 Tentúgal
963937410

*Considerando que não
envolve problemas éticos
e destina-se apenas aos
enfermeiros, remeto-se ao
CA p/ autorização. 27-03-2013
[assinatura] (prof. Augusto)*

Exmo Senhor Presidente
Do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Assunto: Pedido de autorização para a realização de colheita de dados através de
questionário a Enfermeiros do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

António Manuel Machado Seça, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica a exercer funções no Serviço de Medicina Intensiva deste Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, vem no âmbito do VI Curso de Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto solicitar a V.ª Ex.ª a autorização para a aplicação do questionário que anexo, de forma a proceder a colheita de dados para a realização do trabalho que me encontro a desenvolver sob a orientação do Professor Johannes Greten e que versa o tema Influência do Qigong em enfermeiros em burnout.

A população alvo deste estudo é constituída por enfermeiros a desempenhar funções neste Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, sendo assegurado o anonimato dos intervenientes neste processo.

Desde já agradeço a disponibilidade e colaboração de V.ª Ex.ª.

Com os melhores cumprimentos.

Coimbra, 14 de Março de 2013

[Assinatura]
António Manuel Machado Seça

C.H.U.C. - EPE	
DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Reg. N.º	2240
Origem	
Data	14.03.2013

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Exmo. Senhor
 Enf. António Manuel Machado Seiça
 Serviço de Medicina Intensiva
 CHUC

S/Ref ^a	S/Comunicação	N/Ref. –	Ofício n.º	Data
	2.04.2013	PC	470/13	11.04.2013

Assunto: Pedido de autorização para a realização de colheita de dados através de questionário a Enfermeiros do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Informa-se V. Exa. que o Conselho de Administração, na sua reunião de 4.04.2013, autorizou o seu pedido para a realização de colheita de dados através de questionário a Enfermeiros do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, conforme cópia que se anexa.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

(Dr. José Martins Nunes)

JMN/PS

Av. Bissaya Barreto / Pct.ª Prof. Mota Pinto
 3000-075 Coimbra
 e-mail: casec@huc.min-saude.pt

Tel.: 239 400 407 / 607

Fax: 239 822 291

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM
 PROJETOS DE DOCÊNCIA E/OU INVESTIGAÇÃO
 de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²**

Título do estudo: Qigong therapy in Nurses in Burnout do CHUC (Qigong em enfermeiros dos CHUC em Burnout).

Enquadramento: O estudo será realizado no CHUC (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

No âmbito do projeto de Mestrado de Medicina Tradicional Chinesa do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, orientado pelo Professor Doutor Henry Johannes Greten, Professor Doutor Jorge Machado, Mestre Mário Gonçalves e Prof Dr. Nuno Correia.

Explicação do estudo: Com este estudo pretende-se verificar a eficácia e os efeitos do Qigong em enfermeiros em Burnout. Serão realizadas 2 sessões semanais com a duração de cerca de 10 minutos cada, durante 4 semanas, perfazendo um total de 8 sessões de Qigong.

Neste estudo vão participar os enfermeiros do CHUC.

No início, no final e um mês após as 4 semanas todos os enfermeiros envolvidos neste projecto farão o preenchimento de uma escala que quantifica o Burnout (MBI), a qual poderá levar em média 5 minutos a preencher.

Condições e financiamento: Este é um estudo não financiado, os participantes são voluntários e o estudo não lhes causará qualquer tipo de prejuízos ou problemas de saúde.

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados recolhidos para o presente estudo asseguram uma total confidencialidade e anonimato dos participantes, os seus nomes nunca serão tornados públicos.

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/p1ortal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Agradecimentos e identificação do investigador: Eu, António Manuel Machado Seça, estudante do segundo ano de Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Medicina Intensiva do CHUC, agradeço toda a colaboração que possibilita a realização deste projeto de Mestrado.

Eu, abaixo-assinado,

Nº Contacto _____

Coimbra, ____ de _____ de 2013

Assinatura do investigador:

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Tese de Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa

Instrumento de Colheita de Dados

1. Título do projecto:

Influência do Qigong no tratamento de enfermeiros em Burnout.

2. Investigador responsável:

Nome: António Manuel Machado Seça

- Estudante do 2º ano de Mestrado de Medicina Tradicional Chinesa
- Licenciado em Enfermagem
- E-mail: antonio_seica8@hotmail.com
- Telefone 963931410

Nº Q	
A	preencher pelo investigador

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM
 PROJETOS DE DOCÊNCIA E/OU INVESTIGAÇÃO
 de acordo com a Declaração de Helsínquia³ e a Convenção de Oviedo⁴**

Título do estudo: Qigong therapy in Nurses in Burnout do CHUC (Qigong em enfermeiros dos CHUC em Burnout).

Enquadramento: O estudo será realizado no CHUC (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

No âmbito do projeto de Mestrado de Medicina Tradicional Chinesa do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, orientado pelo Professor Doutor Henry Johannes Greten, Professor Doutor Jorge Machado, Mestre Mário Gonçalves e Prof Dr. Nuno Correia.

Explicação do estudo: Com este estudo pretende-se verificar a eficácia e os efeitos do Qigong em enfermeiros em Burnout. Serão realizadas 2 sessões semanais com a duração de cerca de 10 minutos cada, durante 4 semanas, perfazendo um total de 8 sessões de Qigong.

Neste estudo vão participar os enfermeiros do CHUC.

No início, no final e um mês após as 4 semanas todos os enfermeiros envolvidos neste projecto farão o preenchimento de uma escala que quantifica o Burnout (MBI), a qual poderá levar em média 5 minutos a preencher.

Condições e financiamento: Este é um estudo não financiado, os participantes são voluntários e o estudo não lhes causará qualquer tipo de prejuízos ou problemas de saúde.

³ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/p1ortal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinqia_2008.pdf

⁴ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados recolhidos para o presente estudo asseguram uma total confidencialidade e anonimato dos participantes, os seus nomes nunca serão tornados públicos.

Agradecimentos e identificação do investigador : Eu, António Manuel Machado Seica, estudante do segundo ano de Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Medicina Intensiva do CHUC, agradeço toda a colaboração que possibilita a realização deste projeto de Mestrado.

Eu, abaixo-assinado,

Nº Contacto _____

Coimbra, ____ de _____ de 2013

Assinatura do investigador:

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM
PROJETOS DE DOCÊNCIA E/OU INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia⁵ e a Convenção de Oviedo⁶**

Título do estudo: Qigong therapy in Nurses in Burnout do CHUC (Qigong em enfermeiros dos CHUC em Burnout).

Enquadramento: O estudo será realizado no CHUC (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

No âmbito do projeto de Mestrado de Medicina Tradicional Chinesa do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, orientado pelo Professor Doutor Henry Johannes Greten, Professor Doutor Jorge Machado, Mestre Mário Gonçalves e Prof Dr. Nuno Correia.

Explicação do estudo: Com este estudo pretende-se verificar a eficácia e os efeitos do Qigong em enfermeiros em Burnout. Serão realizadas 2 sessões semanais com a duração de cerca de 10 minutos cada, durante 4 semanas, perfazendo um total de 8 sessões de Qigong.

Neste estudo vão participar os enfermeiros do CHUC.

No início, no final e um mês após as 4 semanas todos os enfermeiros envolvidos neste projecto farão o preenchimento de uma escala que quantifica o Burnout (MBI), a qual poderá levar em média 5 minutos a preencher.

Condições e financiamento: Este é um estudo não financiado, os participantes são voluntários e o estudo não lhes causará qualquer tipo de prejuízos ou problemas de saúde.

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados recolhidos para o presente estudo asseguram uma total confidencialidade e anonimato dos participantes, os seus nomes nunca serão tornados públicos.

⁵ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/p1ortal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

⁶ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Agradecimentos e identificação do investigador: Eu, António Manuel Machado Seíça, estudante do segundo ano de Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Medicina Intensiva do CHUC, agradeço toda a colaboração que possibilita a realização deste projeto de Mestrado.

Eu, abaixo-assinado,

Nº Contacto _____

Coimbra, ____ de _____ de 2013

Assinatura do investigador:

Instrumento de Recolha de Dados:

Este instrumento consta de duas partes: a primeira refere-se aos dados socio-demográficos que caracterizam os profissionais da equipe de enfermagem e a segunda é constituída pelos 22 itens do Questionário Breve de Burnout. Não se trata de uma prova de rendimento e tão pouco de um teste de capacidades; por esta razão não há respostas certas ou erradas.

Trata-se de um questionário auto-administrado que deve ser preenchido livremente com toda a franqueza e naturalidade. Ao realizá-lo evite mencionar seu nome ou assinar a folha de respostas, para assim assegurar seu anonimato e o carácter confidencial do conteúdo. Agora que sabe como proceder, por favor responda ao questionário não deixando nenhum dos itens sem resposta. Reflicta sobre o conteúdo dos mesmos e responda com toda a amplitude de julgamento e com a maior sinceridade possível.

Nº Q

*A preencher pelo
investigador*

Questionário Demográfico para Enfermeiros

Assinale com uma cruz (x) a resposta que for adequada ou complete-a se for o caso e toda informação é de carácter confidencial.

Dados Pessoais

1 – Sexo:

Feminino _____

Masculino _____

2 – Idade: _____ Anos (Especifique)

3 – Estado Civil:

Solteiro (a) _____

Casado (a) / União de Facto _____

Divorciado (a)/Separado (a) _____

Viúvo (a) _____

4 – Filhos:

Não _____ Sim _____

Se sim quantos _____

5 – Passatempos:

Não _____ Sim _____

Se Sim, Especifique: _____

6 - Habilitações Académicas:

- Bacharel _____
- Licenciado _____
- Mestrado _____

-
- Doutoramento_____

7 - Anos de exercício de profissão: _____ anos _____ meses

8 - Categoria profissional: _____

8.1 - Tempo que detém a mesma Categoria: _____ anos _____ meses

9 – Vínculo laboral:

Precário_____

Definitivo_____

10 - Serviço onde trabalha actualmente: _____

10.1 - Tempo de Serviço no local de trabalho actual: _____ anos _____ meses

11 - Horário: Fixo _____ Turnos_____

11.1 - Ao todo, há quanto tempo trabalha por turnos: _____ anos _____ meses

12 - Número de horas que trabalha por semana: _____ horas (incluindo horas extraordinárias)

13 - Número de horas, que considera de lazer, por semana: _____ horas

Após Preencher o Inventário Veja se Respondeu a Todas as Questões. Não Deixe Nenhuma Por Responder!

Obrigado Pela Colaboração

Inventário de Burnout

Assinale para cada questão a frequência com que vive ou sente cada uma das situações a seguir descritas.

Assinale com uma cruz apenas um valor por questão e para a sua resposta tome como referência os últimos 3 meses da sua actividade profissional.

	Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1. O meu trabalho esgota-me emocionalmente							
2. Sinto-me exausto no fim de um dia de trabalho							
3. Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar um novo dia de trabalho							
4. Compreendo facilmente o que sentem os meus doentes							
5. Sinto que trato alguns dos meus doentes como se fossem objectos							
6. Trabalhar com pessoas todos os dias é para mim uma grande fonte de stress							
7. Lido eficazmente com os problemas dos doentes							
8. O meu trabalho deixa-me exausto							
9. Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente as vidas das outras pessoas							
10. Tornei-me mais indiferente nas relações com as pessoas desde que tenho este trabalho							
11. Preocupa-me que este trabalho me esteja a tornar emocionalmente mais duro							
12. Sinto-me muito energético							
13. Sinto-me frustrado no trabalho							
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado							
15. Não quero saber o que vai acontecer a alguns dos meus doentes							
16. Trabalhar directamente com pessoas causa-me demasiado stress							
17. Consigo criar facilmente um ambiente descontraído com os meus doentes							
18. Sinto-me muito feliz de estar com os meus doentes							
19. Conquistei muita coisa com valor no meu trabalho							
20. Sinto-me como se estivesse “à beira do abismo”							
21. No meu trabalho lido muito calmamente com os problemas emocionais							
22. Sinto que os meus doentes me culpam por alguns dos seus problemas							

SEQUÊNCIA DE QIGONG PARA WHITE BALL

Qigong - Cinco passos para “Bola Branca”

I – O Homem entre o Céu e a Terra

- ✓ **Estabelecendo o eixo interno ajuda a encontrar a nossa subconsciência através da inteligência intuitiva.**
 - ✓ **Sentir “plumbline – eixo” do corpo passando através dos pontos R 1 (fons scatens), localizado na planta do pé.**
 - **Colocar as costas direitas**
 - **Ajustar os joelhos de modo a que se ajuste o nosso eixo interno**
 - **Ajustar a posição corporal movendo ligeiramente para a frente e para trás.**
 - ✓ **Conectar-se com a Terra**
 - **Conectar Rg 20 (conventus omnium yang), localizado no topo da cabeça com o eixo interno**
 - **Sentir o prolongamento do eixo interno até ao centro da terra**
 - ✓ **Conectar o Céu e o Olimpo**
 - **Ajustar novamente a posição corporal**
 - **Verificar a conexão entre Rg 20 e R 1**
 1. **Respirar 7 vezes (homem), 8 vezes (mulher) sentindo R1 cada vez mais intenso a cada expiração**
 2. **Activar depois Rg 20 através da respiração, procurando conectar os dois pontos**
 - **Verificar a conexão com a terra antes de sentir o prolongamento ascendente do eixo directo ao céu.**
-

II – A Bola Branca

✓ **Relaxar e purificar o fluxo de Qi**

- **Fechar os olhos**
- **Colocar os braços em forma de arco em frente ao Dantien**
- **Ajustar a distância entre as mãos**
- **Oscilar as mãos se necessário**
- **Respirar (expiração) 7 ou 8 vezes até sentir o fluxo**

III – Alimentar a região renal

✓ **Fortalecer a essência**

- **Fechar os olhos**
- **Relaxar os ombros para melhorar o fluxo**
- **Recebe o calor através da abertura ao fluxo**
- **Expira para aumentar o fluxo de Qi**

IV – Fechar o conduto circular

✓ **A superfície para auto-protecção**

- **Mover as mãos suavemente**
- **Conectar os pontos Pc8 (médium palmae, lao gong) colocando uma mão sobre a outra**
- **Conectar estes dois pontos com o Dantien**
- **Relaxar os olhos olhando no infinito**

V – Agradecer

✓ **Encontrar a apropriada relação com o mundo**

- **Pulsos dobrados perpendicularmente**
- **Rodar os punhos para baixo**
- **Acompanhar o movimento das mãos com todo o corpo**

A
N
E
X
O
6

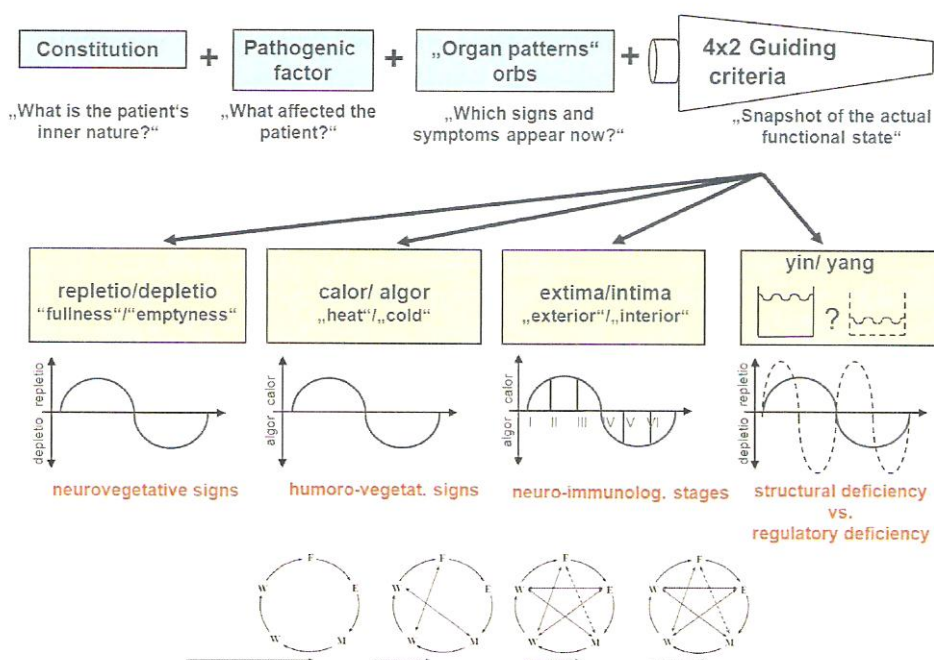
Glossário de termos de Medicina Chinesa Segundo o Modelo de Heidelberg

Para que qualquer leitor possa assimilar este tipo de informação, torna-se pertinente decodificar determinada terminologia.

De forma a facilitar o entendimento de conceitos que fazem parte da MTC elaborou-se um glossário de termos que servem de base à compreensão do **Modelo de Heidelberg**.

➤ **Definições de termos técnicos da MTC segundo o Modelo de Heidelberg:**

- Constituintes do diagnóstico segundo o Modelo de Heidelberg



✓ **Agente**

Factor patogénico que elícita sinais específicos e sintomas. Estes podem assemelhar-se portanto, promover padrões de orbes. Os agentes podem ser divididos em agentes exteriores, interiores e neutros.

✓ **Agentes exteriores** (reacções do tipo “como se”)

-
- ✓ **Ventus** (“**vento**”, “**corrente de ar**”, **fase madeira**); sinais e sintomas como se tivesse sido exposto a uma corrente de ar, tal como hidrorreia nasal e ocular, mucosas avermelhadas, amígdalas dilatadas, músculos espásticos, dor de aparecimento súbito. Do ponto de vista ocidental, estes sinais podem ter origem nos reflexos da substância P dos mastócitos e reflexos antigos de controlo motor como os conhecidos para peixes e outras espécies.
 - ✓ **Algor** (“**frio**”, **fase água**); sinais e sintomas como se tivesse sido exposto a frio ambiental, tais como pele fria, músculos rígidos (sem resposta), dor dilacerante e localizada com surgimento gradual. Do ponto de vista médico ocidental, estes sinais podem originar-se de deficiências regionais do fluxo sanguíneo capilar.
 - ✓ **Humor** (“**humidade**”, **fase terra**); sinais e sintomas como se tivesse sido exposto a humidade ambiental, tal como, membros e tecidos inchados, sensação de peso, dispneia (dificuldade respiratória), dor generalizada. Do ponto de vista médico ocidental, estes sinais podem ser originários de pré-edema ou edema.
 - ✓ **Ariditas** (“**secura**”, **fase metal**); sinais e sintomas como se tivesse sido exposto a secura ambiental, tal como pele e mucosas secas. Do ponto de vista médico ocidental, estes sinais podem originar-se de mecanismos de poupança de água.
 - ✓ **Aestus** (“**calor de verão**”, **fase fogo**); sinais e sintomas como se tivesse sido exposto a um calor de verão ambiental, tais como sensação de calor, sistema sensorial entorpecido, palpitações, náusea. Do ponto de vista médico ocidental, estes sinais poderão ter origem nos mecanismos presentes na insolação.
 - ✓ **Ardor** (“**incandescência**”, **fase fogo**); sinais e sintomas como se tivesse sido exposto “carvão incandescente a tocar a pele”, tais como sensações de vermelhidão, inchadas e dolorosas que pioram sob pressão, certas vezes de natureza pulsante. Do ponto de vista médico ocidental, estes sinais podem originar-se de processos inflamatórios.

>>> **Agentes internos**

- ❖ Ira (“ira”)
 - ❖ Voluptas (“luxúria”)
 - ❖ Maeror (“sofrimento”)
 - ❖ Timor (“ansiedade”)
 - ❖ Pavor (“choque”)
-

- ❖ Solicitude (“preocupação”)
- ❖ Cogitação (“pensamentos”)

➤ Agentes neutros

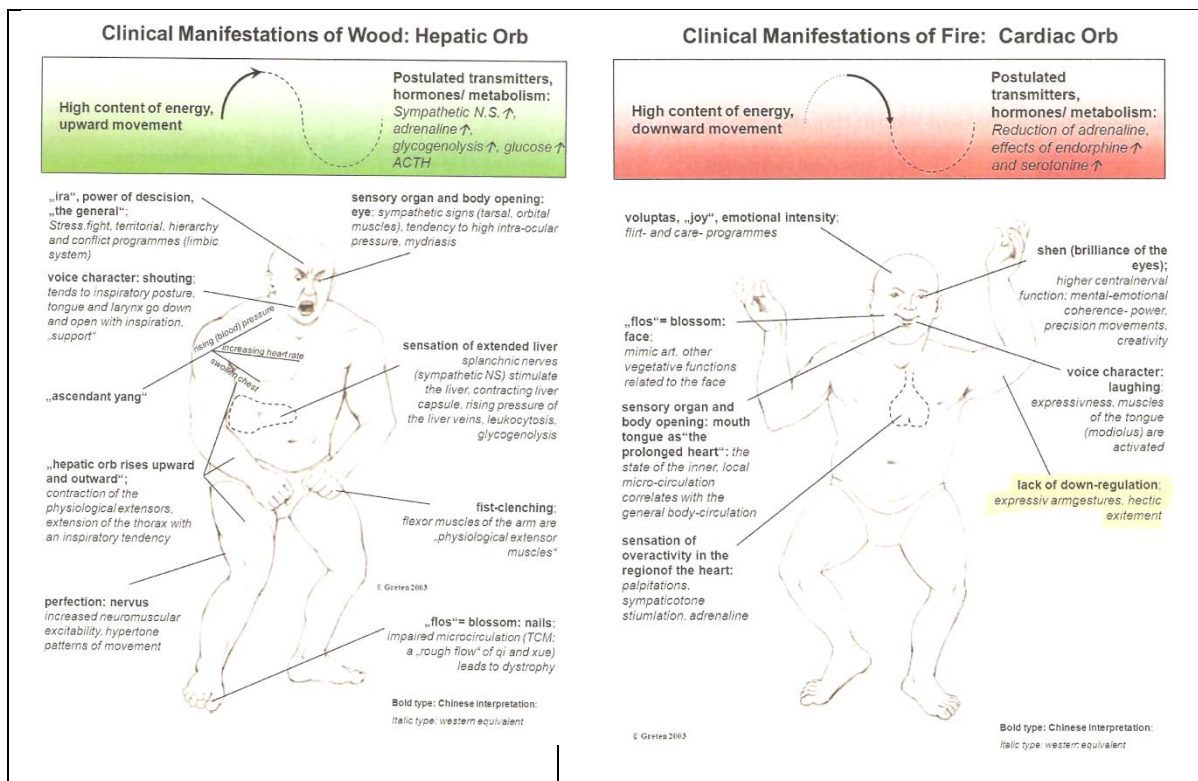
- Excesso de trabalho
- Malnutrição
- Trauma
- Infecções etc

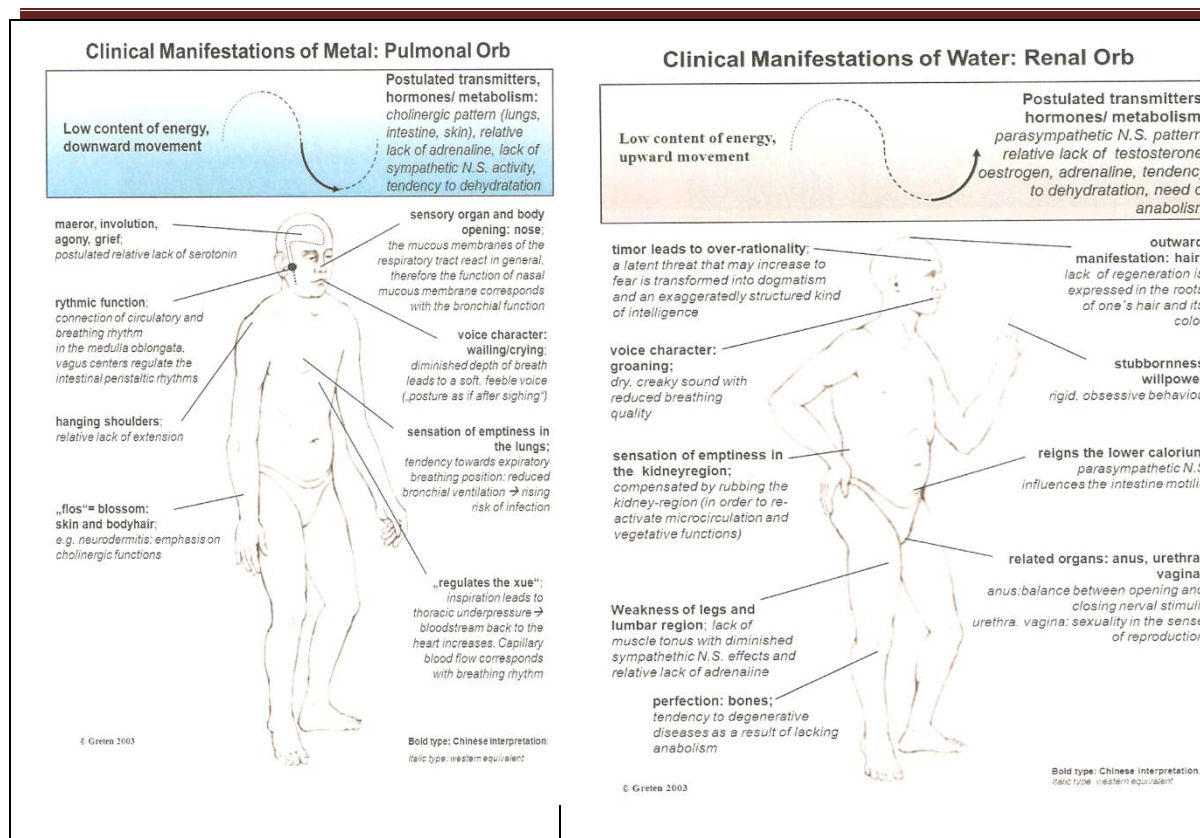
➤ Conduto

“Conexão de um grupo de pontos com efeito nos sinais clínicos de um orbe, acredita-se que serve como um conduto para o fluxo de qi e xue”.

➤ Constituição

Tendência para expressar os sinais de um orbe predominantemente de modo que se mostrem no fenótipo físico.





➤ Critérios Guia

Interpretação principal – matriz de sintomas na TCM, baseada nos quatro modelos regulatórios da fisiologia.

- 1) **Repleção** (“situação de cheio”) / **depleção** (“situação de vazio”): acredita-se que descreve o conteúdo de qi do corpo em termos tais como qi, orbes e fases. Do ponto de vista médico ocidental: ensino da interpretação de sinais clínicos predominantemente originados no sistema neuro-vegetativo.
- 2) **Calor** (“calor”) / **algor** (“frio”): acredita-se que descrevem a actividade do xue. Do ponto de vista médico ocidental: ensino da interpretação de sinais clínicos predominantemente originados no sistema humoro-vegetativo. Estes sinais incluem o efeito da microcirculação na doença a nível sistémico e regional.
- 3) **Extima** (“exterior”) / **intima** (“interior”): acredita-se que descreve o curso da doença causada por um agente exterior que invade o corpo. O modelo mais importante na TCM é o modelo dos seis estádios de um algor – doença induzida (shang han lun). Do ponto de vista médico ocidental: ensino da interpretação de

sinais clínicos predominantemente induzidos por mecanismos neuro-imunológicos.

- 4) Yin / Yang** – deficiência estrutural (yin) ou desregulação primária (yang): acredita-se que distingue a origem dos sinais e sintomas. Em doenças descritas pelo critério guia yin, os sintomas são devidos a uma deficiência do tecido funcional (“substância corporal”, yin). Em doenças yang, no entanto, os sintomas são devidos a desregulação descrita pelos três primeiros critérios guia.

➤ **Patogénese**

Quatro tipos de mecanismos que podem causar doença / desregulação na MTC num nível dogmático:

- 4.2.1 Excesso de um agente
- 4.2.2 Problemas de transição de uma fase para a outra
- 4.2.3 Desregulação de antagonistas
- 4.2.4 Deficiência de yin

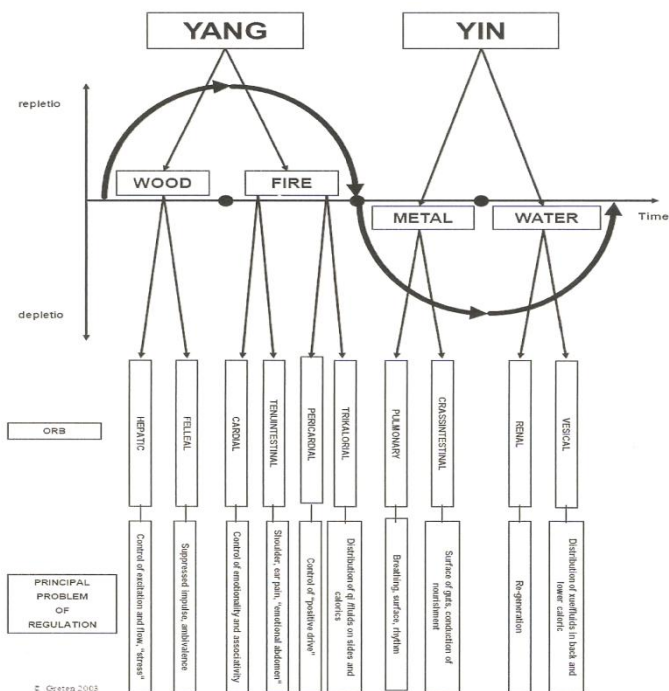
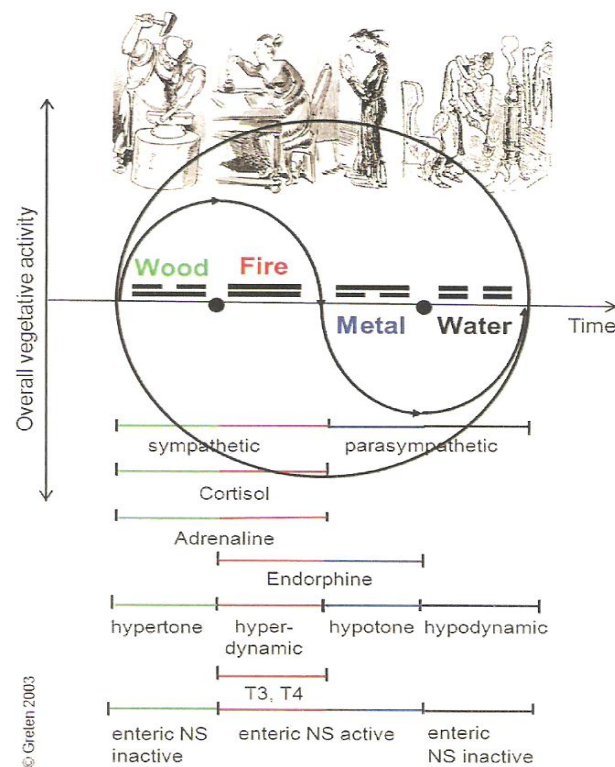
➤ **Perfeição**

Expressão física (estrutural) da competência funcional de um orbe. Aparência fenotípica de funções, por exemplo:

- »» Orbe hepático – músculos e tendões
- »» Orbe cardíaco – condutos e vasos
- »» Orbe lienal – carne e lábios
- »» Orbe pulmonar – pele e pêlos da pele
- »» Orbe renal – ossos, medula

➤ **Fases**

- ✓ Parte de um processo circular
- ✓ Termos cibernéticos (regulatórios)
- ✓ Referindo-se ao homem: tendências funcionais vegetativas
- ✓ As manifestações designam-se por orbes (grupos de sinais diagnosticamente relevantes)



➤ **Orbe**

- ✓ Manifestações clínicas de uma fase, designadas a partir de uma região do corpo (ilha corporal).
- ✓ Grupo de sinais diagnosticamente relevantes indicando o estado funcional da ilha corporal
- ✓ (região do corpo), que se correlaciona com as propriedades funcionais de um conduto.

➤ **Qi**

- ✓ Energia imaterial com uma qualificação e direcção (Porkert).
- ✓ Definição auxiliar vegetativa (modelo de Heildelberg): “Capacidade vegetativa para funcionar, de um tecido ou órgão, que pode causar a sensação de pressão, dilaceração ou fluxo”.

➤ **Exemplo de tipos de qi (qualificações de qi):**

- **Qi originale, qi original:** qi originado directamente do yin (orbe renal). Este processo inclui a formação de qi do jing (potencial estruturante, “essência”, ver abaixo) sob influência do shen. O qi original é o poder para criar os vectores das fases e é posteriormente processado para formar funções dos orbes, tal como os seus sinais diagnosticamente relevantes.
- **Qi defensivum, qi defensivo:** forma o qi localizado no exterior dos condutos dentro do tecido. Residindo predominantemente no extima (superfície), acredita-se que a sua distribuição é dependente do orbe pulmonar. Considera-se que afasta influências patogénicas exógenas. Origina-se a partir de todas as três secções funcionais (três calóricos, “três queimadores”).
- **Qi nutritivum, qi nutritivo:** Qi originado da alimentação.

➤ **Shen**

- Força de constelação (Porkert) que se origina do orbe cardíaca.
 - Definição vegetativa auxiliar (modelo de Heildelberg):
 - Capacidade funcional de colocar ordem na associatividade mental e emoções, criando assim “presença mental”.
-

-
- Estado funcional do shen é avaliado por sinais como a coerência do discurso, o brilho nos olhos e função motora fina fluente (controlo de funções motoras).
 - Shen é comparável à capacidade para exercer certas funções cerebrais superiores na medicina ocidental.

➤ **TCM**

- ✓ Sistema de sensações e descobertas desenhadas para estabelecer um estado vegetativo funcional. Este estado poderá ser tratado pela i.e. farmacoterapia Chinesa, acupuntura, terapia manual Chinesa (Tuina), Qigong e dietética.

➤ **Xue**

- ✓ Estrutividade deslocada (Porkert)
- ✓ xue (“sangue”) pertence, como o qi ou shen, aos conceitos impossíveis de traduzir da TCM, dado que o sangue em TCM e na medicina ocidental tem um conceito funcional bastante diferente.
- ✓ Definição vegetativa auxiliar (modelo de Heidelberg): Forma de capacidade funcional (“energia”) ligada aos fluidos corporais com funções tais como aquecimento, humedecimento, criação de qi e nutrição de um tecido. De um ponto de vista médico ocidental: os efeitos clínicos do xue podem ser comparados ao conceito ocidental dos efeitos da microcirculação, incluindo as relações funcionais de microcirculação, células do sangue, factores plasmáticos, endotélio e parênquima.

➤ **Deficiência de yin**

- ✓ Termo que descreve uma deficiência estrutural no contexto do 4º critério guia. No modelo da tina de água, tal redução de substrato leva a uma regulação instável com um curso extremo da curva regulatória. Existem quatro tipos de deficiências yin que comumente aparecem na prática clínica:
 - Falta de xue “Falta de microcirculação no interior do tecido”
 - Falta de fluidos corporais jin ye “Falta de factores do meio” tal como na desidratação
 - Falta de jin “Deficits funcionais como em funções enfraquecidas do núcleo da célula (i. e. radiação, quimioterapia) ou em defeitos genéticos.
-

➤ Yin / yang

Par de termos usados para descrever relações funcionais na cultura Chinesa e linguagem.

YANG	YIN
<ul style="list-style-type: none"> - Lado mais soalheiro de uma montanha - Acima do valor alvo (valor “alvo”) - Mais vívido, mais qi (repleção) - Mais quente, calor - No exterior, exterior, extima - Função 	<ul style="list-style-type: none"> - Lado mais sombrio da montanha - Abaixo do valor alvo (valor “alvo”) - Menos vívido, menos qi (depleção) - Mais frio, algor - No interior, interior, intima - Estrutura

➤ Teoria dos seis estádios (Algor Laedens Theory – ALT)

